ROK 1927
TOM VI

STYCZEŃ
ZESZYT I

KWARTALNIK KLINICZNY

SZPITALA STAROZAKONNYCH

W WARSZAWIE

WYDAWNICTWO LEKARZY SZPITALA

WARSZAWA :: :: :: :: 1927

Rok VI. Warszawa, Styczeń 1927 r. Nr. 1

KWARTALNIK KLINICZNY

SZPITALA STAROZAKONNYCH W WARSZAWIE

WYDAWNICTWO LEKARZY SZPITALA

Z ODDZIAŁU CHORÓB WEWNĘTRZNYCH. (ORDYNATOR: G. LEWIN)

Badania nad indolem i urorozeiną, jako przyczynek do diagnostyki czynnościowej wątroby.

Podali

M. Szour i C. Rozengartenówna.

W wyniku trawienia białka w jelitach powstają aminokwasy, między innemi też l-tryptophan-kwas indol-a-amino-propionowy ($C_{11} H_{12} N_2 O_2$). Pod wpływem bakterji gnilnych, przeważnie laseczników okrężnicy, rozpada się on na kwas indolopropionowy, kwas indoloctowy, indol i skatol. Indol-benzopyrrol w znacznej części wydala się z kałem, pozostała zaś część jego zostaje wchłoniona w jelicie grubem, stąd przez żyłę wrotną przenika do wątroby i—po utlenieniu tam w postaci indoksylu—łączy się z kwasem etero-siarkowym na ester kwasu siarkowego. Sól alkaliczna tego kwasu—indykan, pozostając w normalnych warunkach w ogólnym krwiobiegu w ilości 0,2 do 0,8 mlg. na litr (jak to wykazały badania jednego z nas—Pol. Archiw. Med. Wew. T. IV), w nadmiarze wydala się z moczem.

Liczne badania, że wspomnimy najbardziej w tej sprawie cenne Heller'a, Hoppe-Seyler'a i Blumentala, w dostatecznym stopniu wyświetliły własności chemiczne indykanu. Jeszcze liczniejsze badania kliniczne wykazały diagnostyczne znaczenie wykrywania tego związku w moczu. Już w roku 1903 Moraczewski (Ztbl. f. inn. Med.) stwierdził, że ilość indykanu wzrasta przy zwiększonem gniciu w jelitach, następnie w chorobach wątroby, krwi, nerek i charłactwie. To też klinika współ-

czesna słusznie korzysta z wykrycia indykanu w moczu w celach rozpoznawczych. Nie wdając się w szczegóły, wspomnimy tu, jak ważne jest stwierdzenie zwiększonej ilości indykanu w moczu w przypadkach wątpliwych, np. zapaleniu u wyrostka robaczkowego, czy też schorzenia jajników, przydatków macicznych, kamicy nerkowej i t. p., lub też jak ważnem potwierdzeniem rozpoznania niedokrwistości złośliwej jest wykrycie, obok urobilinogenu, większej ilości indykanu w moczu i t. p.

Natomiast prawie zupełnie zarzucono badanie moczu na zawartość w nim indolu i kwasu indoloctowego. Po wykryciu indolu (1887) przez Joh. Thormählena, jako składnika nowego w moczu patologicznym (Thormählen nie nazwał tego związku indolem, dowiódł tylko blizkiego pokrewieństwa jego z indykanem) i stwierdzeniu, że indol wykrywa się w większej ilości w gruźlicy, w zapaleniu tkanki surowiczej dookoła jelita ślepego, w raku żołądka i t. p., nie znajdujemy istotnego uzupełnienia tych badań w pracach nowszych. Tymczasem zdaje się, że już i teoretyczne rozważania przemawiają za tem, że wykrywanie indolu w moczu patologicznym powinno interesować klinicystów. Jak już wyżej powiedziano, indol przeistacza się w indykan, przechodząc okresy utleniania w wątrobie oraz syntezy z kwasami etero-siarkowymi. Synteza ta, jak należy przypuszczać, również odbywa się przeważnie w wątrobie, gdy się zważy, że kwasy etero-siarkowe należą do stałych części składowych żółci. A więc, gdy wątroba staje się niewydolną w sensie utleniania lub syntetyzowania indolu, wówczas on, nie zamieniony na indykan, zostaje wydalony w większej ilości z moczem. Jeżeli więc na zasadzie zwiększonej ilości indykanu w moczu mamy wnioskować o natężeniu procesów gnilnych w jelitach, to byłoby to tylko wówczas słuszne, gdybyśmy uznali, że wątroba jest w stanie większą ilość indolu utlenić i połączyć z kwasem etero-siarkowym. Teoretyczne rozważania prowadzą więc do wniosku, że zwiększanie się ilości indolu w moczu ujawniać się musi albo na skutek wytwarzania się dużych ilości jego w jelitach (wzgl. wzmożonem gniciu białka) i jednocześnie małej sprawności wątroby pod względem utleniania lub syntetyzowania, albo też przy wytwarzaniu normalnych ilości indolu (a więc gniciu normalnem), a wyraźnej natomiast niedomodze wątroby w wyżej wskazanym kierunku. Niedomoga wątroby może tu iść w parze

z niewydolnością jej i w innych kierunkach, a więc niesprawnego wytwarzania barwików żółciowych, glikogenu i t. p., albo też może być zjawiskiem odosobnionem, jako cierpienie wątroby specjalne. Te oto motywy kierowały nami, gdyśmy przystępowali do badania kwestji indolu w moczu na materjale klinicznym.

Obok indolu, jak już powiedziano, powstaje również inny produkt gnicia białka — kwas indoloctowy ($C_{10}H_9NO_2$). Ilość jego powiększa się jakoby przez „specjalne gnicie“, jak zaznacza Herter; badacz ten jednak nie określa bliżej w swej pracy cech szczególnych „specjalnego gnicia“. $C_{10}H_9NO_2$ zjawia się w moczu, jak wykazał 1-szy Nencki (1882), jako chromogen urorozeiny (2-im chromogenem urorozeiny ma być kwas indolaceturowy). To też kliniczne, a częściowo i chemiczne, badania nad tym kwasem w moczu idą w kierunku studjów nad urorozeiną. Barwik ten w 1893 r. (Virchows Archiv) został przez Rossin'a zróżnicowany w stosunku do czerwieni indygowej, przez Nenckiego i innych do indyrubiny i czerwieni skatolowej (jako nie rozpuszczający się w chloroformie i eterze). — Nencki i Sieber (Jour. f. prakt. Chemie 1882) wykryli go w moczu początkowo w ciężkiej cukrzycy, później w zapaleniu nerek, wyrostka robaczkowego, wrzodzie żołądka, durze brzusznym i inn., naogół w 10% moczów patologicznych. Według Gantiera urorozeina częściowo pochodzi z barwików żółci.

Tak więc chemja fizjologiczna całkowicie barwika tego jeszcze nie zdołała rozpoznać. Pochodzenie jego (dwa chromogeny, czy jeden), odrębność w ustroju (w zestawieniu z indyrubiną. urorozaniliną, czerwienią indygową, czerwienią skatolową i t. p.) — są jeszcze przez niektórych fizjologów kwestjonowane. Większość jest jednak skłonna uważać kwas indoloctowy za chromogen urorozeiny i łączyć zjawienie się urorozeiny w moczu ze wzmożonem gniciem w jelitach. Jaka jest dalsza przemiana kwasu indoloctowego w organiźmie i gdzie ona się odbywa, tego w pracach chemików i fizjologów nie znajdujemy. Kliniczne znaczenie wykrywania urorozeiny, zaznaczone zrazu w pracach starszych autorów końca XIX wieku, w piśmiennictwie lekarskiem XX wieku wyświetlone nie zostało. To też mając powyższe na względzie, jak również bliskie pokrewieństwo kwasu indoloctowego, wzgl. urorozeiny, z indolem, postanowiliśmy prze-

prowadzić kliniczne badania, obok indolu, również i nad urorozeiną.

Odnośne rozbiory moczu przeprowadziliśmy prawie w 100 przyp., przeważnie z oddz. dr. Lewina, w kilku — z oddz. chirurg. (B i C) oraz płucnego (V) [1]. Technika badania była następująca. Próba na urorozeinę: do 5 cm³ moczu dodajemy 1 cm³ stężonego kwasu solnego, następnie 1 kroplę ½% azotynu sodu — wówczas występuje różowe zabarwienie (do czerwonego). Zależnie od ilości zawartego barwika można było obserwować wiele najsubtelniejszych odcieni koloru różowego aż do czerwono-wiśniowego włącznie. W moczach, które zawierały ten barwik, już po dodaniu kwasu solnego występowało różowawe zabarwienie, po dodaniu zaś azotynu sodu — wyraźnie różowe i w miarę dodawania dalszych kropel $NaNO_2$ — bardziej różowe — ciemno-różowe — czerwone.

Próba Thormählen'a na indol: 2 — 3 drobne kryształki nitroprussidku sodu rozpuszczamy w 5 do 10 cm³ moczu, następnie dodajemy 1 cm³ 10% ługu sodowego, powstaje zabarwienie czerwone, mniej lub bardziej intensywne, zależne od mniejszej lub większej zawartości kreatyniny w moczu; po dodaniu ½ cm³ stężonego kwasu octowego, mocz, zawierający indol, barwi się na kolor zielony, przyczem i tu występuje szereg odcieni barwy zielonej (od żółto-zielonej do ciemno-zielonej). Za odczyn dodatni (+) w obu przypadkach uważaliśmy wyraźne zabarwienie różowe, czy też zielone.

Przechodząc do oceny wyników badania, należy przedewszystkiem stwierdzić, że tylko u 20% chorych nie było w moczu ani urorozeiny, ani indolu. Urorozeinę wykryliśmy w 57% przyp., indol — w 44% przyp. A więc w moczu przeszło ½ chorych zbadanych stwierdzało się urorozeinę, nieco rzadziej indol. Tak częste wykrycie powyższych składników w moczu patologicznym niewątpliwie zmniejsza wartość rozpoznawczą odnośnych prób i utrudnia ustalenie, jakie zmiany chorobowe wpływają na zjawianie się omawianych ciał w moczu. Natomiast wybitnie dodatni odczyn (++ lub +++) na indol mieliśmy tylko w 10 przyp., na urorozeinę w 11 przyp. Przyjrzyjmy się tym przypadkom. (Tablica I).

Z powyższego wynika, że największy procent mocnych odczynów na indol ujawniono w moczu gruźlików. Już Thormählen wykrywał indol w większej ilości w gruźlicy, zalecając ten odczyn dla stwierdzenia gruźlicy jelit. Należy dodać, żeśmy indol w większej ilości wykrywali tylko w daleko posuniętej gruźlicy. Zbadaliśmy łącznie 11 przypadków rozpadowej gruźlicy płuc (III podł. Turbana); w 7 wystąpił mocny odczyn na indol,

[1]) Kierownikom tych oddziałów składamy tu podziękowanie.

TABLICA I.

Indol (++ lub +++)			Urorozeina (++ lub +++)		
Nazwisko	Rozpoznanie	Uwagi	Nazwisko	Rozpoznanie	Uwagi
1. Chory H.	Tbc. III.	W okresie silnych rozwolnień +++; indykan +.	1. Chory B.	Tbc. III.	Bez zaburzeń jelitowych
2. „ Gr.	„ III.	Zaburzenia jelitowe; indykan —;	2. „ G.	„ I.	„ „
3. „ Dzb.	„ II.	Haemoptoë; bez zaburzeń jelitowych	3. „ Ap.	„ II.	Ulcus ventriculi?
4. „ Kr.	„ III.	„ „	4. „ Kał.	Peritonitis tbc.	Duża wątroba; ascites
5. „ Dam.	„ „	Asthma bronchiale	5. „ Ged.	Icterus cathar.	Zaburzenia jelitowe
6. „ Kal.	„ „	Enteritis tbc.	6. „ Szw.	Myodegeneratio cordis	Zastoina wątroby
7. „ Szn.	„ „	Zaburzenia jelitowe	7. „ Tat.	Ca ventric.	Zaparcie stolca
8. „ En.	Gangraena pulm.	Bez objawów jelitowych	8. „ Rot.	Appendic.	Po kilku napadach przed operacją
9. „ G.	Polyarthritis subacuta	Zastoina wątroby	9. „ Sz.	Nephritis. Myocarditis	Wątroba zastoinowa
10. „ Kon.	Lues III.	Powiększona, bolesna wątroba	10. „ Kr.	Asthma cardiale	„ „
			11. „ Sin.	Gonitis ankylotica	Bez zaburzeń jelitowych

czyli w 60% przypadków. Natomiast trudno, zdaje się, mocny odczyn na indol uznać za znamienny dla gruźlicy jelit (wzgl. zaburzeń jelitowych w gruźlicy), gdyż w 4 ch z powyższych 7-miu przyp. nie było żadnych zaburzeń jelitowych, wzgl. nawet przypuszczenia gruźlicy jelit. Z drugiej zaś strony w 4 ch przyp. Tbc. III z ujemnym lub słabo-dodatnim odczynem na indol były 3 przyp., czyli 75% z burzliwymi objawami jelitowymi. W pozostałych 3 przyp. o mocno dodatnim odczynie na indol zwraca pozatem uwagę powiększenie wątroby na tle zastoiny, kiły i t. p.. Gdy zważymy, że w III okresie gruźlicy przeważnie stwierdza się zwyrodnienie tłuszczowe wątroby, to przypuszczalną łączną cechą kliniczną powyższych 10 przypadków, z mocno dodatnim odczynem na indol, byłaby niewydolność wątroby w sensie przeróbki indolu na indykan. Tylko w 1 przypadku stwierdziliśmy mocny indol w moczu, w którym jednocześnie mogliśmy stwierdzić mocny indykan; było to u chorego z bardzo wyraźnem upośledzeniem trawienia jelitowego. Należy przypuszczać, że w tym przypadku wątroba ujawniła swą niewydolność w procesie utleniania i syntezy znacznego nadmiaru indolu. W 2-gim przypadku (chory Gr.), gdzie, obok mocnego indolu w moczu i zaburzeń jelitowych, odczyn na indykan w moczu był ujemny (czyli b. słaby), przypuszczać należy, że niewydolność wątroby w omawianym kierunku była większa. Przypadki Tbc. III, z ujemnym odczynem na indol w moczu, nie przeczą powyższym rozumowaniom. I tu bowiem ma się do czynienia ze zjawiskiem, spostrzeganem w związku z wydalaniem urobilinogenu w moczu, gdy istnieje niewydolność wątroby dla wytwarzanie barwików żółciowych. (Objaśnienia tego zjawiska w stosunku do urobilinogenu, podane w pracy jednego z nas. — Warsz. Czas. Lek. 1924 r. — mogą być całkowicie zastosowane i do wydalania w moczu indolu). W omawianych 10 przypadkach był tylko 1 raz słabo-dodatni odczyn na urorozeinę. Stąd wniosek, że niejednakowe są warunki powstawania większych ilości indolu oraz urorozeiny w moczu, może nawet wzajemnie się wyłączają. Istotnie, gdy przestudjujemy tablicę przypadków z mocnym odczynem na urorozeinę w moczu, to tylko w 4-ch przypadkach z 11 jednocześnie stwierdzono słaby odczyn na indol, a w pozostałych 7-miu — ujemny. Dążenia niektórych starszych autorów do uzależnienia mocnego odczynu na urorozeinę od zwiększonego gnicia w jelitach, jak

np. w gruźlicy jelit i t. d., nie znalazły w naszych badaniach potwierdzenia. Tylko w 2-ch przypadkach z pośród 11-tu (7 i 8) może być mowa o zaburzeniach jelitowych. Tylko 3 przypadki gruźlicy w okresach różnorodnych (1, 2 i 3) dały mocny odczyn na urorozeinę, przyczem we wszystkich tych przypadkach stan trawienia jelitowego był pomyślny. Natomiast prawie w 50% przypadków mocnych odczynów na urorozeinę było schorzenie wątroby i prawdopodobnie jakaś jej niewydolność, widocznie jednak nie zupełnie taka, jaka była w stosunku do indolu, gdyż dwie te substancje, jak widzieliśmy, przynajmniej w większej ilości prawie zawsze występowały odrębnie. Przytem dodać należy, iż mocny odczyn urorozeinowy, zarówno jak i indolowy, nie zawsze idzie w parze z indykanurją i urobilinogenurją; spostrzeżenia Gantier'a, że urorozeina często występuje wraz ze zwiększoną urobiliną, nie znajduje u nas potwierdzenia.

Przechodzimy do omówienia przypadków ze słabo dodatnim (+) odczynem indolowym w moczu, względnie urorozeinowym (37 na indol i 50 na urorozeinę), przyczem podkreślamy raz jeszcze, że za odczyn indolowy słabo-dodatni uważaliśmy wyraźne, średniego stopnia, zielone zabarwienie moczu (po odbarwieniu go stężonym kwasem octowym). Przypadki te łączy tablica II.

TABLICA II.

Schorzenia	Liczba przypadków	Słabo-dodatni odczyn na indol (+)	Słabo-dodatni odczyn na urorozeinę (+)
Gruźlica	33	12	16
Zapalenie stawów ostre i podostre, przeważnie z wadą serca . . .	8	6	6
Zwyrodnienie mięśnia sercowego . .	7	2	4
Wrzód żołądka, wzgl. dwunast. . .	3	0	2
Zapalenie wsierdzia	8	4	3
Dychawica oskrzelowa z niedomogą serca	3	1	2
Zapalenie nerek	9	4	4
Zapalenie wyrostka robaczkowego . .	5	2	4
Rak przewodu pokarmowego . .	5	0	2
Schorzenia wątroby	5	3	3
Zgorzel płuc	2	0	0
Różne	8	3	4

Odczyn słabo dodatni na indol stwierdziliśmy m. inn. w wiądzie rdzenia, w przyp. przetoki kałowej oraz w rwie nerwu biodrowego, zwiększoną zaś ilość urorozeiny, prócz tych przyp., i w ciężkiej cukrzycy.

Z liczby 96 przyp. słabo dodatni odczyn na urorozeinę stwierdziliśmy 50 razy, mocny 11. Dane nasze, co do częstości urorozeiny w moczu, znacznie więc różnią się od wyników Nenckiego i Sieber'a (1882), a mianowicie, że urorozeina występuje tylko w 10% moczów patologicznych. Różnica ta prawdopodobnie zależy od materjału, jak również od techniki wykonania omawianych prób.

Z tabl. II wynika, że zależność narastania ilości indolu (czy też urorozeiny) w moczu od poszczególnych schorzeń jest dość luźna. Obie substancje występują w patologicznych moczach w najróżnorodniejszych schorzeniach i na pierwszy rzut oka zupełnie przypadkowo. Czy więc można na zasadzie dodatnich (nie mocnych) prób na indol i urorozeinę w moczu wnioskować o wzmożonem gniciu w jelitach? Na pytanie to można byłoby odpowiedzieć twierdząco tylko wówczas, gdyby kliniczne zaburzenia jelitowe w przebiegu rozmaitych schorzeń (wzgl. jednostki chorobowe, o których wiemy zgóry, że powodują wzmożone gnicie w jelitach), dały pewny, stale dodatni, odczyn na powyższe substancje w moczu i gdyby wydalanie tych substancji w stanie nie zmienionym nie zależało od czynności jakiegoś innego narządu w ustroju. Cóż jednak widzimy? Raki przewodu pokarmowego w 100% dały nam odczyn na indol ujemny, a wszak proponowano pierwotnie odczyn ten uznawać za wskaźnik dla raka przewodu pokarmowego w przyp. wątpliwych. Następnie, przypadki zapalenia wyrostka robaczkowego, aczkolwiek wszystkie dały nam słabo-dodatni odczyn na jedną lub drugą substancję, nie wykazały jednak tych wyników równolegle do ciężkości przypadku, do stopnia zaparcia stolca (wzgl. rozwolnienia), wreszcie do stanu przed lub pooperacyjnego. Również w przypadkach zwyrodnienia mięśnia sercowego z zastoiną ogólną a więc i jelit, występował dowolnie odczyn dodatni lub też ujemny. Wreszcie spostrzegaliśmy przypadki z wyraźnem zaburzeniem trawienia jelitowego, niekiedy burzliwem, a odczynem na obie substancje ujemnym, i to nawet w tych, nielicznych co prawda, przypadkach, w których mocny indykan w moczu był

dowodem zwiększonego gnicia w jelitach. Jeżeli zatem, jak badania chemików i fizjologów wykazują, wzmożone gnicie w jelitach wywołuje wzmożone tworzenie się w nich indolu i kwasu indoloctowego, to wyniki, przez nas otrzymane, zdają się przemawiać za tem, że inne jakieś czynności ustrojowe powodują przenikanie powyższych substancji w stanie niezmienionym z krwi do moczu. Podana przez niektórych hipoteza, że zwiększenie się ilości indolu w jelitach należy łączyć z gniciem tlenowem, a kwasu indoloctowego z gniciem beztlenowem, nie wyjaśnia otrzymanych przez nas wyników, aczkolwiek odrębność występowania substancji tych w moczu wskazuje na istnienie różnicy w warunkach powstawania tych składników w jelitach i przenikania ich do moczu. Nprz., zwróciło naszą uwagę, że przypadki gruźlicy wykazywały wydalanie z moczem albo zwiększonej ilości indolu albo kwasu indolowego (wzgl. indolaceturowego) zależnie od okresu schorzenia. Otóż, przypadki początkowej i mało posuniętej gruźlicy płuc (Tbc. I i Tbc. II) prawie bez wyjątku wykazały odczyn dodatni na urorozeinę obok ujemnego na indol, natomiast w gruźlicy rozpadowej (Tbc. III) stwierdziliśmy przeważnie słaby i mocny odczyn na indol obok ujemnego na urorozeinę. Mimowoli nasuwała się myśl, że dodatni odczyn na urorozeinę w moczu jest znamienny dla gruźlicy płuc początkowej. Nie mogliśmy jednak uważać za rzecz przypadkową, że dodatni odczyn na badane substancje występował (niezależnie od patologicznego gnicia w jelitach) w jakimś związku przyczynowym ze schorzeniem wątroby. Znaczna część chorób stawowych z wadą serca i powiększoną wątrobą zastoinowa (3 przyp. zwyrodnienia mięśnia sercowego z przeważną zastoiną w płucach wykazały odczyny ujemne), raki żołądka z przerzutami do wątroby, schorzenia różne wątroby, — b. często wykazywały odczyn dodatni na urorozeinę, wzgl. na indol. Zaczęliśmy wobec tego uzależniać pojawianie się indolu i urorozeiny w moczu od dwuch czynników: gnicia w jelitach oraz upośledzenia czynności wątroby. Dla stwierdzenia udziału tego lub drugiego czynnika sprawdzaliśmy jednocześnie odczyny na indykan (dla potwierdzenia gnicia) oraz na urobilinogen (dla stwierdzenia niewydolności wątroby).

Na podstawie wyżej omawianych danych słuszne byłyby następujące wnioski:

I) gdy wzmożone jest gnicie w jelitach, a wątroba sprawna, w moczu można wykryć mocny indykan, lecz najczęściej nie wykryje się ani indolu, ani urorozeiny;

II) jeżeli zaś czynność wątroby jest upośledzona, (z dodatnią lub ujemną urobilinogenurją) to, zależnie od stopnia upośledzenia, zarówno przy normalnem, jako też i wzmożonem gniciu w jelitach, można stwierdzić w moczu słaby lub mocny odczyn na indol, wzgl. urorozeinę (na indykan zaś — ujemny lub słaby odczyn).

A więc ceteris paribus (jednakowe gnicie w jelitach) obecność lub nieobecność (oddzielnie lub w grupie) w moczu: indykanu, indolu oraz urorozeiny pozwala w pewnym stopniu wnioskować o wydolności, wzgl. upośledzeniu, wątroby w określonym kierunku.

Upośledzenie to, jak już nadmieniono, nie zawsze idzie w parze z upośledzeniem innych czynności wątroby, np, żółciotwórczej, glikogenotwórczej i t. p. Jeżeli idzie o indol, to staraliśmy się wykazać, że tu upośledzenie wątroby dotyczy funkcji utleniania i syntezy. Jak się jednak sprawa kształtuje odnośnie kwasu indoloctowego, dotychczas nie wiemy. Istota chemiczna urorozeiny oraz dalsza przemiana w ustroju kwasu indoloctowego nie jest jeszcze ustalona, nie możemy tu więc przekroczyć tymczasem jeszcze granic hipotez. Jeżeli wziąć pod uwagę punkt widzenia tych badaczy, którzy nie odróżniają urorozeiny od czerwieni skatolowej (wiele wspólnych cech chemicznych. wspólne spectrum i t. d.), to należałoby uzależnić zjawienie się urorozeiny od tych samych przyczyn, co i indykanu, według wzoru przemiany skatolu w ustroju: skatol — skatoksyl — ester siarkowy skatoksylu — alkaliczna sól tego kwasu, uzależnilibyśmy wówczas obecność urorozeiny w moczu od normalnych procesów utleniania i syntezy w wątrobie. Jeżeli zaś uznamy za bardziej słuszne przyjęte w chemji fizjologicznej twierdzenie Annie Homer (Journ. of biol. Chem. 4.), że chromogenem urorozeiny jest kwas indoloctowy, to należałoby wysnuć hipotezę, że kwas indoloctowy poprzez kwas indolaceturowy (co również stwierdziła A. Homer), ulega dalszemu rozczepieniu aż do indolu i przerabia ten sam cykl przemiany: kwas indoloctowy, indolaceturowy, indol, indoksyl—ester siarkowy indoksylu—indykan. Uro-

rozeina w moczu zależałaby wówczas, pomimo procesu gnicia w jelitach, jeszcze od 2-ch czynników: upośledzenia czynności utleniania, wzgl. syntezy, w wątrobie oraz procesu rozczepiania kwasu indoloctowego.

Na mocy więc danych chemji fizjologicznej, hipotezy teoretycznej oraz wyniku badań na materjale klinicznym, dochodzimy do wniosku, że: badania na indol i urorozeinę w moczu, obok jednoczesnych badań na indykanurję w obecności normalnego lub wzmożonego gnicia w jelitach, pozwalają w pewnej mierze swierdzić stopień wydolności wątroby w kierunku utleniania i syntezy.

Byłaby to nowa zdobycz w badaniach czynnościowych wątroby. Tezę tę oraz praktyczne zastosowanie powyższej metody czynnościowego badania wątroby należałoby stwierdzić na większym materjale schorzeń wątrobowych i zestawić z wynikiem innych metod badania czynnościowego wątroby.

Do badań odnośnych już przystąpiliśmy.

Z ODDZIAŁU CHIRURGICZNEGO IIc (ORDYNATOR: A. WERTHEIM).

O złamaniach miednicy.

podał

Henryk Stabholz

Złamania miednicy stanowią pokaźną odsetkę nieszczęśliwych wypadków w przemyśle górniczym, natomiast w kronice urazowej ośrodków miejskich, nawet bogato uprzemysłowionych i o żywem tętnie ruchu ulicznego, zdarzają się względnie rzadko. Według Hirsza (1924 r.) złamania miednicy stanowią około 0,05% ogólnej liczby wypadków urazowych, a niecałe $1\frac{1}{2}$% wśród złamań kości. Na oddziale naszym w ciągu ostatnich $2\frac{1}{2}$ roku było na ogólną liczbę 382-ch wypadków urazowych 12 przypadków złamania miednicy, co stanowi odsetkę znacznie wyższą, niż podana w statystyce Hirsza, lecz tłumaczy się przypadkowem umieszczaniem na jednym oddziale większej liczby chorych ze złamaną miednicą.

Przypadki nasze, jeśli za punkt wyjścia dla klasyfikacji złamań miednicy brać zmiany anatomiczne w kośćcu miednicy pod wpływem urazu, dzielimy, jak następuje:

1) złamania typu Malgaigne'a — 4 przypadki,
2) złamania tylnego obwodu pierścienia macicy — 1 przypadek,
3) złamania przedniego obwodu pierścienia miednicy — 3 przypadki,
4) złamania poprzezpanewkowe — 1 przypadek, wreszcie
5) t. zw. odłamania miednicy (Abrissfracturen i Beckenabsprengungen niemieckich autorów) — 3 przypadki.

Zadaniem niniejszej pracy nie jest bynajmniej wyczerpujące omówienie sprawy złamań miednicy, lecz podzielenie się z szerszem gronem kolegów naszemi spostrzeżeniami, opartemi na niewielkim materjale wprawdzie, lecz niezmiernie wartościowym pod względem klinicznym.

Jeżeli rozpoznanie odgrywa wogóle główną rolę w każdem zachorzeniu, to wczesne i dokładne rozpoznanie złamania miednicy nabiera wyjątkowego znaczenia; stanowi to nietylko o dalszej sprawności czynnościowej poszkodowanego, lecz b. często rozstrzyga o jego losie. Dotyczy to przedewszystkiem wczesnego rozpoznania powikłań, które ciężkie uszkodzenia miednicy zazwyczaj pociągają za sobą, a które, gdy chodzi o pęcherz, cewkę lub odbytnicę, wymagają niezwłocznego postępowania chirurgicznego. Dokładne rozpoznanie często nastręcza tu duże trudności na skutek ogólnego ciężkiego stanu takich chorych, nieprzytomnych, niekiedy z obrażeniem innych narządów, a zawsze w ciężkim stanie ogólnego wstrząsu.

To też całą uwagę należy tu skupić na badaniu przedmiotowem, stwierdzenie bowiem złamania miednicy naogół dość łatwe, jest właściwie wstępnym etapem na drodze ogólnego badania chorego — aby nie przeoczyć groźnych powikłań, z jakiemi uraz ten może być połączony. Przedewszystkiem więc w każdym przypadku nie należy zaniedbać zbadania przez odbytnicę, wzgl. pochwę, gdyż tą drogą udaje się niekiedy nietylko rozpoznać złamanie przedniego obwodu pierścienia miednicy, a więc kości łonowej, wzgl. kulszowej, lecz równocześnie sprawdzić tem można, czy złamanie powikłane wiąże się z przemieszczeniem odłamów kostnych, i czy odłam kości (szczególnie jeśli chodzi o wstępującą gałąź lewej kości kulszowej) nie uszkodził pochwy lub odbytnicy. Wreszcie niekiedy udaje się w tego rodzaju badaniu odrazu rozpoznać uszkodzenie tych narządów. Często po urazie odbytnicy zaciś-

nięty zwieracz zewnętrzny przeszkadza wyciekaniu krwi nazewnątrz. I tu dokładne zbadanie odbytnicy doprowadzi do właściwego rozpoznania. Wśród naszych spostrzeżeń dzięki tej metodzie badania udało się raz natychmiast rozpoznać uszkodzenie pochwy, a raz uszkodzenie odbytnicy i niezwłocznie przystąpić do interwencji chirurgicznej. Aczkolwiek operowaliśmy b. wcześnie i przebieg był naogół ciężki, lecz wynik ostateczny pomyślny.

Orator (1923), Hirsz (1924), Bejoul (1924) i inni, opierając się na dużym materjale statystycznym, jednomyślnie zaznaczają, że nierozpoznane wcześnie uszkodzenia odbytnicy (niezależnie od umiejscowienia uszkodzenia) naogół dają do 90% śmiertelności, gdy po wczesnem operowaniu nie przekracza ona 40%. Należy to uznać za prawdziwy tryumf chirurgji, gdy się zważy, że ciężkie złamania miednicy dają same przez się 30% śmiertelności. O możliwości uszkodzenia odbytnicy należy pamiętać przy złamaniach lewej $^1/_2$ pierścienia miednicy, gdyż na skutek stosunków anatomicznych tworzą się tu warunki, sprzyjające uszkodzeniu odbytnicy, najczęściej jej bańki.

Stać się to może bezpośrednio przez sterczący odłamek kości (najczęściej wstępującej gałęzi lewej kości kulszowej) — bądź też pośrednio, w postaci poprzecznego oderwania bańki od obwodowego odcinka odbytnicy, przez raptowne przemieszczenie do góry lewej $^1/_2$ miednicy i gwałtowne pociągnięcie bańki, luźno osadzonej w porównaniu do mało ruchomego mocno utwierdzonego obwodowego odcinka odbytnicy. Wśród naszych spostrzeżeń mieliśmy możność stwierdzenia urazu odbytnicy i po złamaniu prawej $^1/_2$ miednicy; stanowi to przypadek niezmiernie rzadki. Objaśnić to można znacznem przemieszczeniem odłamanej prawej $^1/_2$ miednicy do góry przy jednoczesnem skręceniu wokoło osi pionowej na wewnątrz, a więc przemieszczeniem ku stronie lewej. W dostępnem nam piśmiennictwie znaleźliśmy zaledwie 1 przypadek podobny. (Morozowa (1924) Uniwersytet Moskiewski).

Nie mniej wagi posiada wczesne rozpoznanie uszkodzeń pęcherza moczowego i cewki, co zresztą nie nastręcza zazwyczaj większych trudności: wspominamy o tem dlatego, że często w pierwszem badaniu nie zawsze zwraca się w tym kierunku należytą uwagę, szczególnie gdy niema krwiaka na kroczu lub wy-

dzieliny krwistej z cewki. Dopiero dłuższe zatrzymanie moczu, piorunująco występujące zapalenie otrzewnej pochodzenia moczowego lub zacieki moczowe, prowadzą do właściwego rozpoznania. Dlatego też na oddziale ustalono, jako prawidło, przy badaniu chorego z prawdopodobnem uszkodzeniem miednicy stwierdzać stan dróg moczowych. Wczesna i odpowiednia interwencja posiada tu dla przebiegu i zejścia choroby doniosłe znaczenie. Dzięki takiemu postępowaniu mogliśmy przystąpić odrazu do zabiegu operacyjnego raz w przypadku pęknięcia pęcherza moczowego, a 2 razy z powodu uszkodzenia cewki.

Powikłań takich, jak krwotoki wewnętrzne, uszkodzenia innych trzew, splotów nerwowych i t. d., nie widzieliśmy wśród naszych przypadków i dla tego też nie będziemy się nad niemi tu zastanawiali. Natomiast podkreślimy, że wstrząs urazowy nie był dla nas przeciwwskazaniem do przystąpienia do zabiegu w przypadkach powikłań, wymagających niezwłocznej pomocy chirurgicznej. Przeciwnie — wczesne, wzgl. natychmiastowe przeciwstawienie się zwykle groźnym następstwom powikłań, było właśnie b. ważnym czynnikiem w opanowaniu wstrząsu. Nie wyczekujemy, aż wstrząs urazowy przeminie samoistnie, aby nie przepuścić momentu, odpowiedniego do podania szybkiej pomocy chirurgicznej. Zresztą bardzo często te objawy, które kładzie się na karb wstrząsu, wywołane są już przez piorunujące zakażenie, wyczekiwanie więc prowadzi tylko do stracenia chorego.

Jak już wyżej powiedziano, mieliśmy na oddziale ogółem 12 przypadków, w tem 4 złamania typu Malgaigne'a. Jeden chory, u którego stwierdziliśmy dwustronne złamanie Malgaigne'owskie zmarł w ciągu pierwszej doby na skutek ogólnych ciężkich obrażeń. Pozostałe 3 przypadki złamania jednostronnego zakończyły się pomyślnie. Drugi przypadek dotyczy 34-letniej Franciszki K.: podczas robót ziemnych prawostronne złamanie miednicy ze znacznem przemieszczeniem całego prawego odcinka do góry i skręceniem wokoło osi pionowej wewnątrz. U chorej tej stwierdzono również uszkodzenie pochwy i prostnicy. Poddana została ona natychmiast zabiegowi operacyjnemu (szerokie dotarcie do miejsca uszkodzenia wspomnianych narządów, nałożenie szwów, sączkowanie i jednocześnie, w uśpieniu chorej, ustawienie przemieszczonego odłamu miednicy do pozycji prawidłowej i nałożenie opatrunku wyciągowego). Chora przez dłuższy czas gorączkowała, jednakże po 68 dniach opuściła szpital w stanie zupełnie dobrym. Skrócenie kończyny prawej minimalne, ruchy w stawie biodrowym prawie zupełnie swobodne. Obecnie (po roku przeszło) chora czuje się zupełnie dobrze, aczkolwiek do ciężkiej pracy fizycznej nie nadaje się.

3-ci przyp. dotyczy dwudziestokilkuletniego W. C. (uraz na cmentarzu przez obalony nagrobek). Lewostronne złamanie typu Malgaigne'a z dużem przemieszczeniem ku górze, pęknięcie pęcherza moczowego z zaciekiem moczu do jamy otrzewnej, złamanie 8-go, 9-go i 10-go żeber z lewej strony, odma podskór. w lewej $1/2$ kl. piersiowej oraz duży wylew krwi do lewej opłucnej. Poddano chorego operacji natychmiast po dostarczeniu na oddział. Pęcherz zaszyto, pozostawiając rurę Freyer'a, (a po kilku dniach cewnik a demeure). Jamę otrzewnej zamknięto zupełnie, pozostawiając sączek cygaretowy, który usunięto na 3-ci dzień. Przemieszczony odłam miednicy zreponowano, nałożono opatrunek wyciągowy, który jednak zdjęto na 4-y dzień z powodu szybko tworzących się odleżyn. Przez 5 tygodni dość wysoka gorączka, trzykrotnie wypuszczono krwotoczny płyn z jamy opłucnej. Na 93-y dzień chory już chodził o kiju, zrazu utykając. Po 112-u dniach opuścił szpital; chód bez kija, zlekka utykał; ruchy w lewym stawie biodrowym dość znacznie ograniczone, lewa $1/2$ miednicy nieco przesunięta do góry, lecz zrost mocny.

W 4 przypadku (21-letni M. K.) stwierdzono lewostronne złamanie miednicy typu Malgaigne'a z nieznacznem przemieszczeniem do góry. Powikłanie— pęknięcie cewki moczowej w części błoniastej i duży krwiak krocza, który zropiał i został nacięty. Nałożono wyciąg i wprowadzono cewnik. Po 52-ch dniach zupełne przywrócenie sprawności l. k. d. oraz cewki moczowej.

Tak więc przypadki nasze (jeśli nie brać w rachubę przypadku pierwszego, który właściwie nie był leczony, a obciążał tylko naszą statystykę) skończyły się naogół pomyślnie, aczkolwiek mieliśmy do czynienia z ciężkiemi powikłaniami. Tu więc jeszcze raz należy podkreślić niezmierną doniosłość wczesnego operowania. Sama metodyka nie odgrywa żadnego większego znaczenia; każdy wytrawny operator posiada swe ulubione sposoby postępowania chirurgicznego, wszystkie one prowadzić mogą do celu, chodzi tylko o to, aby operować jaknajwcześniej. Drugim ważnym czynnikiem jest wczesne zreponowanie odłamanej $1/2$ miednicy i zastosowanie odpowiedniego wyciągu, aby utrzymać odłam w ustawieniu prawidłowem. Nie kierujemy się nigdy szablonem; w każdym poszczególnym przypadku dostosowujemy wyciąg do charakteru złamania. W tym celu oddział posiada specjalnie skonstruowane ramy drewniane z blokami; dają się one z łatwością zastosować do każdego rodzaju złamania. Trzymamy chorych na wyciągu nie dłużej, jak 3 tygodnie, a potem w łóżku jeszcze 3 tyg. Wcześniej nie pozwalamy wstawać, gdyż po złamaniach typu Malgaigne'a cierpi statyka, łatwo więc może nastąpić przemieszczenie słabo jeszcze zrośniętego odłamu miednicy. Natomiast bardzo wcześnie stosować zaczynamy masaż i gimnastykę (o tem trzeba pamiętać

przy nakładaniu wyciągu, aby nie przeszkadzał stosowaniu mięsienia i gimnastyki).

Rokowanie w przypadkach złamań typu Malgaigne'a jest naogół bardzo poważne. (Orator — do 50% śmiertelność, Günzler — nawet 60%). Według tych autorów chorzy giną najczęściej w 3-im lub 4-ym tygodniu wśród posocznicy. Nie możemy uważać naszej śmiertelności (25%) za miarodajną; rozporządzaliśmy zbyt małym materjałem, mamy jednak przekonanie, że na tak wyjątkowo pomyślne wyniki wpłynęły wczesne rozpoznanie i natychmiastowa interwencja chirurgiczna.

Jeśli chodzi o dalsze losy chorych ze złamaniem miednicy typu Malgaigne'a, to Hirsz i Orator mają około 40% przywrócenia zupełnej sprawności czynnościowej. Jest to wprost zdumiewająco wysoka liczba, jeśli zważyć, że Orator podaje 50% śmiertelności, więc z pozostałych przy życiu na 50 aż 40 odzyskuje zupełną zdolność do pracy. Z naszych chorych jeden właściwie tylko zupełnie powrócił do normy; jeden o tyle się poprawił, że odzyskał możność chodzenia, zlekka tylko utykając; jeden zaś, ściśle mówiac, pozostał niezdolnym do pracy fizycznej. Zdaje się jednak, że tu nie należy sprawy uogólniać i że w przypadkach złamań typu Malgaigne'a dalsze wyniki leczenia w pierwszym rzędzie zależą od charakteru powikłań. Nie ulega wątpliwości, że w jednym z naszych przypadków, zakończonym niezdolnością poszkodowanego do pracy fizycznej, ten wynik ostateczny tłumaczy się tem, że ze względu na ogólny stan nie można było zastosować wyciągu. Trudno się też zgodzić z Oratorem i Hirszem, że chorzy ze złamaniem miednicy typu Malgaigne'a wymagają leczenia szpitalnego nie dłużej nad 70 dni. Są to dane, prawdopodobnie układane dla celów kas chorych, w których interesie nie leży zbyt długie pozostawanie chorych na oddziałach szpitalnych. Naszem zdaniem wszystko zależy od charakteru powikłań. Wszak wśród naszego materjału mamy przypadek, kiedy chory pozostawał na oddziale zaledwie 52 dni, powikłania bowiem nie były zbyt poważne; natomiast spostrzegaliśmy przypadek, kiedy chory z powodu ciężkich powikłań pozostawał w leczeniu szpitalnem aż 112 dni i wypisany został właściwie do dalszego leczenia ambulatoryjnego.

Z innego rodzaju urazów miednicy mieliśmy jeden przypadek złamania tylnego obwodu pierścienia, mianowicie w obrębie lewego stawu krzyżowo-

biodrowego, (upadek z wysokości kilku metrów). Tu zastosowano kombinowaną metodę opatrunku gipsowego z wyciągiem; chory opuścił oddział po 6-iu tygodniach, sprawnie władał k. k. d.

Złamań przedniego obwodu pierścienia miednicy, a więc w obrębie kości łonowych i kulszowych, mieliśmy trzy.

Jeden przypadek dotyczył 23-letniej J. H. (samobójstwo przez okno z wysokości II-go piętra); prócz prawego przedramienia, uległa ona złamaniu też gałęzi poziomej prawej kości łonowej oraz prawej kości kulszowej na granicy ramion zstępującego i wstępującego ze znacznem przemieszczeniem odłamów. 2 przypadek dotyczy rownież kobiety H. M., która przygniecona przez tramwaj uległa złamaniu gałęzi poziomych kości łonowych oraz kości kulszowych na granicy ramion wstępujących i zstępujących, również ze znacznem przemieszczeniem odłamów. Chore te były leczone przez zastosowanie repozycji w uśpieniu i nałożenie odpowiednich opatrunków wyciągowych.

Wynik leczenia był tu dodatni (sprawdz. pr. Rtg.), co tembardziej należy podnieść, gdyż utrzymanie odłamów w prawidłowem ustawieniu na przednim obwodzie pierścienia miednicy udaje się nie zawsze i zmusza nierzadko do nałożenia szwu kostnego. Również zasługuje na uwagę, że obie chore opuściły oddział z zupełną sprawnością k. k. d., aczkolwiek rokowanie w przypadkach złamania przedniego pierścienia miednicy nie zawsze jest pomyślne, a niekiedy nawet widzimy zejście śmiertelne.

Orator wśród tego typu złamań miał 16% śmiertelności a Günzler $31^1/_3$%.

I tu znów powtórzymy, że o rokowaniu obok charakteru samego złamania w pierwszym rzędzie rozstrzyga rodzaj powikłania.

Co się tyczy 3 przypadku, to mówimy tu o nim dlatego, że jest niezmiernie ciekawy pod względem klinicznym. Dotyczy on 18-letniego młodzieńa, A. K.. który 27.V.26 przygnieciony został bryłą rudy żelaznej (do 250 kilo). W dniu następnym przywieziony został z Brześcia na oddział, gdzie wobec rozpoznania złamania kości łonowych i kulszowych oraz przerwania cewki moczowej poddany został natychmiast w nocy otwarciu pęcherza moczowego przez cięcie nadłonowe (próby wprowadzenia cewnika, zresztą kilkakrotnie już przedtem czynione w Brześciu, nie udały się. Wobec ciężkiego stanu chorego nie próbowano również wprowadzenia cewnika od strony pecherza, a zastosowano tylko rurkę Freyer'a. Na 64 dzień pobytu chorego w szpitalu nacięto zropiały krwiak na kroczu; przez otwór ropnia usunięto też wolny odłamek kości, najprawdopodobniej gałęzi wstępującej lewej kości kulszowej. Już dnia następnego z łatwością udało się przeprowadzić cewnik do pęcherza, wobec czego usunięto rurkę Freyer'a. Chory gorączkował dość wysoko w ciągu z górą 2-ch tygodni, Po spadku ciepłoty zastosowano

wyciąg. Mocz już wtedy oddawał, lecz na kroczu wytworzyła się maleńka przetoka moczowa (nie goiła się, chory bowiem ustawicznie wyciągał pozostawiony cewnik, którego nie znosił*).

Złamań poprzezpanewkowych mieliśmy jedno, u 25-letniego M. K.. (w stanie nietrzeźwym spadł z wysokości II piętra). Badanie stwierdziło złamanie miednicy en γ, idące poprzez panewkę prawego stawu biodrowego, bez przemieszczenia odłamów kostnych. Zastosowano opatrunek wyciągowy; chory opuścił szpital po 43 dniach z zachowaniem zupełnej sprawności czynnościowej pr. k. d.

Przypadek ten należy zaliczyć do tej nielicznej grupy, wśród złamań poprzezpanewkowych miednicy, które kończą się pomyślnie; złamania tego typu najczęściej prowadzą do upośledzenia czynnościowego w stanie biodrowym, bądź z powodu zesztywnienia, bądź następczych zmian charakteru atrytycznego. Według Hirsza odsetka kalectwa po złamaniach poprzezpanewkowych waha się między $33^1/_2$ i 70%; również dużym wahaniom podlega po tego typu złamaniach okres leczenia szpitalnego. Orator podaje jako przeciętną 30 dni, Günzler 75, Hirsz liczbę do 124 dni. Leczenie nie odbiega od leczenia innych rodzajów złamań miednicy i polega na wczesnej repozycji, która najczęściej jest niezbędna z powodu przemieszczenia odłamów kostnych, nałożeniu odpowiedniego opatrunku unieruchomiająco-wyciągowego oraz wczesnem stosowaniu mięsienia i gimnastyki. Okres pozostawania w łóżku nie powinien jednak przekraczać 4-ch tygodni.

Odłamań miednicy mieliśmy 3, przyczem jedno typu Duverney'a poprzez prawy talerz miednicy, bez przemieszczenia, lecz z uszkodzeniem prawej nerki. Dotyczyło ono 12-letniego chłopca R. R. Chory spadł wraz z windą z wysokości III-go piętra; prócz uszkodzenia miednicy, uległ obrażeniom głowy i twarzy oraz złamaniu lewego przedramienia. Krwiomocz z prawej nerki, rzez 3 dni, ustąpił samoistnie. Wobec braku przemieszczenia talerza miednicy zastosowaliśmy opatrunek gipsowy. Chory po 4-ch tyg. powrócił do zdrowia. 2 inne przypadki dotyczyły drobnych właściwie odłamań talerza miednicy i, wobec braku przemieszczenia odłamów, nie nakładano szwu kostnego, który uważać należy za jedyny właściwy sposób postępowania, o ile przemieszczenie odłamów jest duże, tylko tą drogą bowiem udaje się utrzymać je w ustawieniu prawidłowem.

Po zestawieniu wyżej wymienionych danych uważalibyśmy za słuszne wnioski następujące:

---

*) Chory ten opuścił szpital po 143 dniach leczenia z zupełnie sprawną czynnością cewki i kończyn dolnych.

1. w każdem złamaniu miednicy czynnikiem doniosłej wagi jest wczesne rozpoznanie powikłań ze strony pęcherza moczowego, cewki i odbytnicy;

2. w razie stwierdzenia uszkodzenia powyższych narządów, należy niezwłocznie interwenjować operacyjnie, przyczem wstrząs urazowy nie powinien być przeciwwskazaniem do zabiegu chirurgicznego;

3. repozycja złamanej miednicy powinna być przeprowadzona jaknajwcześniej i bezwarunkowo w uśpieniu ogólnem;

4. najlepszą metodą leczenia złamań miednicy jest zastosowanie opatrunku unieruchomiająco-wyciągowego, przyczem w każdym przypadku wyciąg należy zastosować do charakteru złamania;

5. przypadki, w których dla różnych powodów nie udaje się zastosować wyciągu, już przez to samo skazane są na upośledzenie sprawności czynnościowej;

6. miesienie i gimnastykę bierną należy stosować jaknajwcześniej; z postulatem tym trzeba się liczyć przy nakładaniu wyciągu;

7. w przypadkach złamania miednicy z ciężkiem upośledzeniem statyki — chory nie powinien opuszczać łóżka przed 6-ciu tygodniami;

8. w przypadkach t. zw. odłamań, z przemieszczeniem odłamów, jedyną celową metodą postępowania jest nałożenie szwu kostnego bądź zapomocą drutu, bądź śrubki metalowej;

9. rokowanie w każdym przypadku ciężkiego złamania miednicy, szczególnie powikłanego uszkodzeniem odbytnicy lub pęcherza moczowego, jest b. poważne, lecz nie beznadziejne, o ile powikłanie takie wcześnie rozpoznano, a pomoc chirurgiczną podano niezwłocznie.

Z ODDZIAŁU WEWNĘTRZNEGO. (ORDYNATOR: G. LEWIN.)

O bromku wapnia, jako środku przeciwkrwotocznym.

podał

Juljan Fliederbaum.

Krwotoki z narządów wewnętrznych należą do objawów, które z natury rzeczy wywołują zawsze przestrach chorego, lęk przed śmiercią oraz niepokój otoczenia. To też lekarz wezwany usiłować musi jaknajrychlej i wtedy zatamować upływ krwi, kiedy krwawienie nie stanowi bezpośredniego niebezpieczeństwa. A ponieważ nie zawsze udaje się odrazu ustalić przyczynę krwotoku, lekarz musi zastosować taki środek, któryby zaraz podziałał skutecznie przeciwkrwotocznie, niezależnie od mechanizmu powstania krwotoku w poszczególnym przypadku. Posiadamy do swego rozporządzenia b. liczne, jak wiadomo, środki tamujące krwawienia. Działają one bądź na krzepnięcie krwi, bądź na ściankę naczyń włoskowatych, bądź też wpływają na zmianę rozmieszczenia krwi w ustroju. Działanie niezawodne i wolne od wpływów ubocznych mają tu jednak, niestety, tylko nieliczne z tych środków.

Z zabiegów, mających jakoby przeciwdziałać krwotokom przez zmianę rozmieszczenia krwi, nieskuteczne są w krwotokach płucnych, jak mogliśmy się przekonać, pijawki na kość ogonową, zimne okłady na części płciowe (1); następnie powolne i niepewne działanie okazują też: podwiązywanie kończyn, stosowanie naparstnicy, peptonu (11) emetyny i tartarus stibiatus (8); zalecane przez wielu (1) wstrzykiwania podskórne lub domięśniowe dużych dawek olejku kamforowego w przypadkach krwotoków płucnych, jak spostrzegaliśmy, zawodzi nieraz i tam, gdzie skuteczne są inne środki przeciwkrwotoczne. Pozatem, po emetynie i tartarus stibiatus prawie stale występują spadek ciśnienia, nudności i wymioty.

Ze środków, mających na celu podniesienie stopnia krzepliwości krwi, najskuteczniejszym jest krew całkowita. Rzecz zrozumiała, że przetaczanie krwi jest jednak niecelowe u osobników z przewlekłemi cierpieniami, z nawrotami krwotoków. Stosowana zastępczo surowica zwierzęca często zawodzi, gdyż niezawsze

w warunkach zwykłych łatwo o surowicę świeżą (składniki czynne jej bardzo szybko ulegają rozkładowi). Należy pamiętać również o możliwości choroby posurowiczej, której nie zawsze jesteśmy w stanie zapobiec, a która tak często pogarsza stan choroby zasadniczej. Z pozostałych środków, podnoszących stopień krzepliwości krwi, niekiedy skutecznymi są preparaty trombokinazy w zastrzykiwaniach dożylnych (coagulen, clauden) (12); działają one jednak przelotnie, skuteczne są tylko wtedy, gdy są b. świeże, wreszcie mogą sprzyjać powstaniu niebezpiecznych skrzepów żylnych. Co się tyczy naświetlania śledziony promieniami Rtg. (Stephan), aby zwiększyć ilość trombokinazy, to jak spostrzegaliśmy, zawodzi ono często, a gdy pomoże za pierwszym razem, nie pomaga często w krwotokach następnych. Żelatyna wreszcie, co wykazało doświadczenie oddziału d-ra Lewina, jak i większość spostrzeżeń innych, b. często zawodzi.

Ze środków, uszczelniających ściankę naczyniową, adrenalina powoduje przelotne tylko działanie dodatnie (w następstwie powstają nieraz jeszcze silniejsze krwotoki!), pituitryna b. często zawodzi, a cytrynian sodu, mający jakoby uszczelniać ściankę naczyń włoskowatych (M. Renaud i inni) również często zawodzi, a pozatem wywołuje niekiedy objawy wstrząsu.

Już z tego pobieżnego przeglądu widać, że żaden z wymienionych środków nie jest pewny, że działanie niektórych występuje dopiero po dłuższym czasie i że wreszcie niektóre nie są pozbawione ujemnych wpływów ubocznych.

Nasze doświadczenie oddziałowe przemawia za tem, że najszybsze i najskuteczniejsze w działaniu są roztwory hipertoniczne.

Zdarza się niejednokrotnie, że łyżka soli kuchennej (środek ludowy) lub sproszkowanego cukru trzcinowego lub kilku łyżek stężonego rozczynu chlorku lub mleczanu wapnia zatrzymuje krwotok. Często jednak zdoła zatrzymać krwotok dopiero wprowadzenie dożylne stężonego roztworu glukozy, $CaCl_2$, NaCl lub NaBr.

Jak wiemy, działanie wprowadzonych dożylnie roztworów hipertonicznych tłumaczy większość autorów wywołanem przez te rozczyny przenikaniem płynów tkankowych do naczyń, wzgl. krwi, a co za tem idzie, zwiększeniem się we krwi składników niezbędnych dla krzepnięcia kosztem ciał chemicznych, wypłu-

kanych z tkanek. Pozatem mają one uszczelniać ścianki naczyń krwionośnych.

Środki te są, jak powiedziałem, dosyć pewne w działaniu. Nie można jednak zgodzić się z rozpowszechnionym poglądem, że wszystkie płyny hipertoniczne, niezależnie od składu chemicznego, są równowartościowe, o ile chodzi o działanie przeciwkrwotoczne. Spostrzegaliśmy bowiem kilkakrotnie, że chlorek wapnia działał skutecznie tam, gdzie zawodził chlorek lub bromek sodu lub glukoza.

Przemawiałoby to za słusznością poglądu, że chlorek wapnia — poza zwiększeniem fibrinogenu i trombiny, poza przyciąganiem trombokinazy z tkanek do krwi oraz poza uszczelnianiem ścianki naczyń — działa też przez ładunek elektryczny jonów wapniowych, strąca bowiem koloidy krwi, działa przeto wszechstronnie na krzepliwość.

Chlorek wapnia, najskuteczniejszy ze środków przeciwkrwotocznych, powoduje jednak działanie uboczne, np. b. przykre uczucie gorąca i pieczenia twarzy i kończyn, nieraz uniemożliwiajace stosowanie dalszych zastrzyków. Najważniejsze to jednak to, że działanie $Ca\ Cl_2$ często wyczerpuje się już po kilku godzinach, i zastrzyk należy powtórzyć.

Należy podkreślić, że trwałość działania chlorku wapnia nie jest jednakowa u poszczególnych chorych. Spostrzeżenia nasze przemawiają za tem, że trwałość działania nie jest zależna od wielkości i rodzaju krwotoku. Środek ten niekiedy przerywa odrazu krwotok silny, gdy innymi środkami nie udawało się opanować go. A bywa i tak, że zatamowanie krwotoku (nawet niewielkiego) ustaje po 5 — 6 godzinach, krwotok wznawia się, przyczem niekiedy jeszcze o nasileniu większem. Otóż spostrzeżenia nasze dają podstawę do przypuszczenia, że działanie przeciwkrwotoczne $Ca\ Cl_2$ szybko wyczerpuje się u chorych niespokojnych, podrażnionych, z lękiem o przykre następstwa krwotoku, wzgl. choroby.

Aby wyjaśnić przyczynę tego zjawiska, przeprowadziliśmy szereg badań.

Otóż okazało się, że wstrzyknięcie dożylne chlorku wapnia (10 cm^3 10%) po 5′ — 15′ podnosi poziom wapnia we krwi (przed zastrzykiem — 9,7 mg. wg. metody de Waard'a, 10′ po zastrzyku — 14,8 mg.); ten poziom spada do poziomu początko-

wego po $1^1/_2$ — 2 godz. Zgadza się to z analogicznemi badaniami Jansen'a i innych. Spostrzeżenia nasze wykazują jednak, że inaczej zjawisko się kształtuje u osobników niespokojnych, o układzie nerwowym autonomicznym b. chwiejnym (u chorych takich, m. inn., przed każdym zastrzykiem dożylnym napotykaliśmy na opór). Poziom wapnia w surowicy krwi po zastrzyku dożylnym chlorku wapnia i tu wzrasta (np. przed zastrzykiem — 9,2 mg., 10' po zastrzyku — 13,8 mg). Trzyma się jednak na poziomie wysokim b. krótko, opada do pierwotnego po 30'— 40', a gdy badaliśmy u takich chorych Ca we krwi po $1^1/_2$ — 2 godz., to stwierdzaliśmy zmniejszenie zawartości wapnia w surowicy krwi (np. w powyższym przypadku po 2 godz. — 8,2 mg). Spadku poziomu Ca we krwi poniżej poziomu pierwotnego nie możemy tu tłumaczyć przechodzeniem Ca do tkanek. Jak wiadomo bowiem, Glaser wykazał, że u osobników z układem autonomicznym chwiejnym szybkość wydalania przez nerki soli wapniowych, wprowadzonych dożylnie, jest większą niż u osobników z układem autonomicznym prawidłowym.

Należałoby więc przypuszczać, że przelotność działania przeciwkrwotocznego chlorku wapnia u osobników niespokojnych, z układem autonomicznym chwiejnym, zależy od niezdolności ustroju ich do zatrzymywania przez czas dłuższy soli wapniowych, wprowadzonych dożylnie, a przeto więc od szybszego przemijania zmian biologicznych i fizyko-chemicznych, wzmagających krzepliwość.

Z drugiej strony, potwierdzeniem przedstawionego poglądu jest też to, że niejednokrotnie nawet duży krwotok płucny ustępuje bez żadnych środków leczniczych, gdy się zjawia lekarz zaufany, którego obecność sama już uspokaja przestraszonego utratą krwi chorego. Zatrzymania się krwotoku nie możemy tłumaczyć zwykłym zbiegiem okoliczności, gdyż, jak widzieliśmy, niepokój chorego zwiększa wydalanie Ca z ustroju i, jak wiadomo z badań Glaser'a, u osobników z układem autonomicznvm chwiejnym można przez hipnozę zwiększyć zawartość Ca we krwi tak, jak przez zastrzyk dożylny chlorku wapnia.

Przeważna część chorób, w których przebiegu występują krwotoki z narządów wewnętrznych (np. gruźlica, wrzód żołądka nerwice naczynioruchowe, i t. d.) łączy się, jak wiadomo, z chwiejnością układu autonomicznego. W myśl powyższych spostrzeżeń

należałoby więc obok środków przeciwkrwotocznych podawać chorym środki, któreby uspokajały stan psychiczny chorych, a przeto usuwały wpływ psychiki na układ autonomiczny. Narkotyków (makowiec, morfina) nie możemy stosować wobec tego, że wywołują one często tak niepożądane wymioty i że w krwawieniach płucnych często w następstwie spowodować mogą zapalenia płuc zachłystowe (krew niespluta jest dobrą pożywką (4). Należałoby więc stosować bromki dożylnie, aby przyśpieszyć działanie.

Istotnie przekonaliśmy się, że zalecane przez Heymann'a(5) i Bühna (2) stosowanie dożylne 10% bromku sodu łączy w sobie działanie uspokajające z przeciwkrwotocznem. Spostrzegaliśmy jednak niejednokrotnie, o czem już wyżej była mowa, że chlorek wapnia działał skutecznie tam, gdzie bromek sodu zawodził. Zależne to jest (p. wyżej) od wpływu swoistego jonów wapniowych na krzepliwość.

Aby więc połączyć działanie przeciwkrwotoczne roztworów hipertonicznych i soli wapniowych z tak pożytecznem działaniem uspokajającym bromków, zacząłem stosować w krwotokach 10% bromek wapnia (10 cm^3) dożylnie.

Okazało się, że bromek wapnia jest tu środkiem b. skutecznym. Podawałem go narazie w 19 przypadkach krwotoków z narządów wewnętrznych (1 przyp. nadnerczaka nerki z krwotokami, 2 przyp. krwotoków kiszkowych w przebiegu choroby Henoch'a—Schönlein'a, 2 przyp. krwotoków żołądkowych, 14 przypadków krwotoków płucnych w przebiegu gruźlicy). Krwotok zwykle ustawał natychmiast po zastrzyku, niekiedy jeszcze w dniu następnym ukazywały się skrzepyki krwi.

W skuteczności i szybkości działania przy opanowywaniu krwotoków z narządów wewnętrznych we wszystkich tych przypadkach bromek wapnia nie ustępował chlorkowi. W porównaniu z chlorkiem, posiadał bromek wapnia tę przewagę, że jednocześnie uspokajał stan psychiczny, na co chorzy (leczeni przedtem chlorkiem wapnia), niepytani o to, sami zwracali uwagę. Należy podkreślić, że bromek wapnia jest w działaniu trwalszy od chlorku; w żadnym przypadku nie było potrzeby zastrzyk powtórzyć, aczkolwiek u większej części chorych była, w okresie bez krwotoków, stwierdzona chwiejność układu autonomicznego (próby farmakodynamiczne i kliniczne), pozatem w czasie krwotoków

większa część tych chorych wykazywała przestrach, niepokój i obawę, co tak sprzyja (p. wyżej) powtarzaniu się krwotoków.

Trwałość działania zależna jest tu najprawdopodobniej od uspokojenia chorych oraz od tego, że, jak stwierdziłem, w $2^1/_2$ — 3 godz. po zastrzyku dożylnym bromku wapnia wapń pozostaje we krwi jeszcze na wysokim poziomie (np. przed zastrzykiem—8,9 mg. 2 godz. 45, po — 13,3 mg; przy zastrzykach $Ca\,Cl_2$ wapń we krwi, o czem była mowa wyżej, opada do liczb początkowych już po $1^1/_2$ — 2 godz.).

Po stosowaniu bromku wapnia żadnych ujemnych wpływów ubocznych nie spostrzegałem. Uczucie gorąca, stale towarzyszące zastrzykom $Ca\,Cl_2$ występowało tu w b. lekkim stopniu (na co chorzy sami zwracali uwagę). Osłabienie objawów naczyniowych w porównaniu z $Ca\,Cl_2$, nie można wiązać z mniejszą zawartością Ca w $Ca\,Br_2$, albowiem 10% bromek wapnia daje, jak twierdzą badani w tym celu chorzy, znacznie mniejsze uczucie gorąca, niż 3—5% chlorek wapnia. Bromizmu nie spostrzegaliśmy.

Tak więc możemy powiedzieć, że:

1) bromek wapnia (10 cm^3 10%, dożylnie), proponowany przez nas jako środek przeciwko krwotokom z narządów wewnętrznych łączy w sobie działanie przeciwkrwotoczne z wpływem uspokajającym na układ nerwowy;

2) jako środek przeciwkrwotoczny. nie ustępuje w skuteczności i szybkości działania chlorkowi wapnia, a jest od niego trwalszy w działaniu;

3) trwałość działania przeciwkrwotocznego $Ca\,Br_2$ zależna jest od wpływu bromu, który usuwa niepokój chorych, zapobiega przeto spadkowi poziomu Ca we krwi i powtórzeniu się krwotoku;

4) po zastrzykiwaniach dożylnych bromku wapnia wpływów ujemnych nie spostrzegałem; objawy naczynioruchowe, towarzyszące zastrzykom chlorku wapnia, są tu mniej zaznaczone.

Oczywiście, poza krwotokami, bromek wapnia dożylnie można stosować wszędzie tam, gdzie stosujemy chlorek wapnia.

Jak mogliśmy się przekonać (narazie w niewielkiej liczbie przypadków) jest on skuteczniejszy od Na Br i $Ca\,Cl_2$, podawanych dożylnie, w wysiękach opłucnowych, nie zawiera bowiem zatrzymujących wodę w tkankach chlorków i sodu. Pozatem uzyskaliśmy dobre wyniki w przypadku stanu astmtatycznego w dychawicy oskrzelowej (codziennie po 10 cm^3 10% $Ca\,Br_2$), w któ-

tym zawiodły chlorek wapnia, antispasmodica i narcotica. Dobre wyniki uzyskał również kol. I. Lichtenberg w 2 przypadkach hyperemesis gravidarum.

PIŚMIENNICTWO.

1) Bieleńki. Kw. Klin. Szp. Starozak. T. V Zesz. 3. 1926. 2) Bühn. Polska Gaz. Lek. 1925, Nr. 34; 3) Glaser. Mediz. Kl. 1924, Nr. 36 i Deutsch. Med. Woch. 1926, Nr. 32; 4) Gluziński. Przegl. Lek. Nr. 25—27 i Deutsch. Arch. f. Klin. Med. T. 54, str. 1578, r. 1893; 5) Heymann. Ther. d. Gegenw, Nr. 2. 1925; 6) Jansen. D. Arch. f. Klin. Med. 1924, Nr. 3—4 i Klin. Woch. 1924, Nr. 17; 7) Leszczyński. Farmakologja; 8) Mattei et Escudier. Pr. Médic. 1925. N. 82; 9) J. Misiewiczówna. Polsk. Arch. Medyc. Wewn. T. IV. Zesz. 4, 1926; 10) Modrakowski. Farmakologja z toksykologją i t d. 11) Pollitzer u. Stolz. Klin. Woch. 1925, Nr. 4; 12) Semerau-Siemianowski i Misiewiczówna. Polsk. Arch. Medyc. Wewn. T. III. Z. 2 i T. IV, Zesz. 3; 13) Sterling. Polsk. Gaz. Lek. 1927, Nr. 1 i 2; 14) v. d. Velden. M. m. W. 1908, Nr. 34, D. M. W. 1909. Nr. 5.

Z ODDZIAŁU CHIRURGICZNEGO II-C
(ORDYNATOR: A. WERTHEIM).

O postępowaniu leczniczem w zapaleniu ropnem opłucnej u dzieci.

Podał

D. Wyszogród.

Sprawa postępowania leczniczego w zapaleniu ropnem opłucnej w wieku dziecięcym nie została jeszcze dotąd rozwiązana ostatecznie, choć, jako częste powikłanie zapalenia płuc włóknikowego i odoskrzelowego, odgrywa w życiu codziennem lekarskiem nadzwyczaj doniosłe zagadnienie praktyczne. Mniejsza odporność organizmu dziecięcego względem zakażenia w porównaniu z odpornością dorosłych jest tu właśnie przyczyną, że ropny charakter zapalenia opłucnej występuje w połowie, a nawet w $^1/_3$ wszystkich wysięków, wikłających sprawy zapalne płuc [u dorosłych taki rodzaj zapalenia stanowi zaledwie $^1/_{15}$ wszystkich zapaleń opłucnej]. Schorzenie, do omówienia którego przechodzę,

występuje najczęściej w drugiej połowie pierwszego roku życia dziecka oraz w roku drugim.

W sprawie rozpoznawania danej choroby zaznaczyć należy, iż Ribadeau-Dumas z Paryża i Rocher z Bordeaux słusznie podkreślają tu znaczne trudności rozpoznawcze. Podług statystyki Comby nprz. ze 107 tego rodzaju chorych w 24 przypadkach nie ustalono ścisłego rozpoznania. Objawy wysłuchowe w omawianem schorzeniu są przeważnie mało znaczne, oddech w zajętej połowie klatki piersiowej może być, według Feer'a, normalny lub zaostrzony, jedynie stłumienie nad daną częścią klatki piersiowej, oraz znaczne zmniejszenie jej elastyczności, stwierdzone palcem badającego, obok rentgenografji pozwalają na ustalenie ścisłego rozpoznania. Jako czynnik chorobotwórczy w otoku ropnym opłucnej u dzieci występują prawie w 80% zapaleń dwoinki Fraenkla, gdy tymczasem u dorosłych są one przyczyną schorzenia w 25% przypadków; rzadko stosunkowo wywołują omawianą sprawę chorobową gronkowce lub paciorkowce, z wyjątkiem jedynie bardzo młodych osesków, gdzie znów często są przyczyną ogólnego zakażenia ustroju dziecięcego.

Śmiertelność w omawianej chorobie jest znaczna. W pracy dra Rodzińskiego (Lwów) o otoku ropnym opłucnej w najwcześniejszym okresie lat dziecięcych jest wyszczególniona statystyka tej śmiertelności u różnych autorów. Cameron i Osman mieli u dzieci w dwuch pierwszych latach życia 70% śmiertelności; Lad i Cuttler — 35%, Kolt — 56%, z tego przypada na pierwszy rok życia 75%, na drugi — 58%, na trzeci — 16%. Spencer — 44,6%, w tem poniżej 6 miesięcy śmiertelność wynosiła 75%, poniżej 1 roku — 64%, a powyżej 3 lat — 14%. Jedną z przyczyn tak znacznej śmiertelności stanowi mała odporność chorych na zakażenie, drugą — skłonność do równoczesnego powstawania wysięków w innych jamach o wyściółce surowiczej; trzecią — łatwe szerzenie się zakażenia; dalszą, na co zwraca szczególną uwagę w swej pracy dr. Rodziński, znaczna podatność mechaniczna tkanki śródpiersia dziecięcego. Na skutek tego podczas wahania ciśnienia w jednej z jam opłucnej, zwłaszcza nagłego, jakie występuje w odmie, towarzyszącej zazwyczaj zabiegom operacyjnym, śródpiersie ulega przesunięciu, przyczem upośledzeniu ulega również i ruchomość drugiego płuca. Ten splot przyczyn znacznej śmiertelności doprowadza do krań-

cowo odmiennych poglądów na sposoby postępowania leczniczego w otoku ropnym opłucnej u dzieci.

Sposoby te sprowadzają się zasadniczo do opróżniania jamy opłucnej ze znajdującej się w niej ropy, czy to okresowo, czy też stale. Najczęściej stosowane bywają w odstępach kilkudniowych wielokrotne nakłucia opłucnej z wydalaniem ropy zapomocą strzykawki; z zabiegami temi można łączyć wstrzykiwania do jamy opłucnej najrozmaitszych leków, np.: 5% rozczynu błękitu metylenowego, fioletu metylowego, formaliny z gliceryną, kollargolu, elektralgolu, chlorowodorku optochiny, urotropiny, i przetlenionego powietrza. Stałe opróżnianie jamy opłucnej osiągamy sposobem lewarowym Bülau'a zapomocą sączka gumowego, wprowadzonego do jamy opłucnej poprzez rurkę trójgrańca lub też zapomocą rurki trójgrańca, połączonej z drenem gumowym. Powyższe sposoby leczenia są zalecane przez niektórych chirurgów, jako ostateczne. Inni natomiast uważają je tylko za tymczasowe, nadające się do stosowania, gdy istnieją nadal niewygasłe jeszcze ogniska zapalne w płucach. Jeżeli ropienie w klatce piersiowej nie zmniejsza się, nie bacząc na nakłucia opróżniające lub sączkowanie, to Ribadeau-Dumas i Rocher zalecają nacięcie opłucnej międzyżebrowe lub połączone z wycięciem żebra w znieczuleniu miejscowem, unikając, w miarę możności, wytworzenia odmy. W tym celu otwór w opłucnej winien być możliwie jaknajmniejszy; jamę opłucnej należy opróżnić z ropy powoli elektrycznym aspiratorem, wprowadzić do niej krótki dren gumowy i otoczyć go szczelnie mięśniami i skórą. Niektórzy chirurgowie godzą się, aby ropa, wydobywająca się przez sączek, wsiąkała w opatrunek. Inni, jak Perthes odtłaczają ropę stale przyrządem, wytwarzającym ciśnienie ujemne, jeszcze inni stosują opatrunki wentylowe, hamujące przenikanie powietrza do jamy opłucnej. Z pracy d-ra Rodzińskiego wynika, iż niektórzy stronnicy postępowania operacyjnego uzależniają swoje stanowisko od wyników badań bakterjologicznych wysięku ropnego, poprzestając na częstych nakłuciach tylko w przypadkach otoku ropnego na tle zakażenia łańcuszkowcami, gdyż zarazki te, jak również i gronkowce, zajmują zwykle całą jamę opłucną. Otwarcie w takich przypadkach jamy grozi dziecku odmą. Jeśli natomiast wysięk, spowodowany został przez dwoinki Fraenkla, posiadające zdolność wytwarzania

zrostów opłucnej, to należy przypuszczać, że wysięk taki jest też dokładnie otorbiony. Nakłucia opróżniające mogą w tych przypadkach być stosowane tylko do czasu wygaśnięcia ognisk zapalnych w płucach, poczem należy przejść do sączkowania lewarowego lub aspiracji sposobem Perthesa bez wycinania żeber. Inni chirurgowie posuwają się jeszcze dalej, uważając, że wyżej wspomniane metody lecznicze przynoszą choremu ulgę, lecz nie są w stanie doprowadzić do zupełnego wyleczenia, czy to z powodu ciągłego zatykania wąskich drenów złogami włóknika, czy to z powodu niemożności wprowadzenia do jamy opłucnej przez wąskie przestrzenie międzyżebrowe szerokich drenów, czy też wreszcie przez niespokojne zachowywanie się dzieci w czasie choroby, zwł. gdyż prawie we wszystkich tych zabiegach nie udaje się właśnie całkowicie uniknąć przenikania powietrza do jamy opłucnej. Odmienne nieco stanowisko zajmuje dalsza grupa chirurgów, zalecająca otwarcie jamy opłucnej przez wycięcie żebra, po uprzednich kilkakrotnych nakłuciach opróżniających (lub nawet bez nich, o ile została ustalona wybitna jadowitość zarazków) z dodaniem płukania jamy opłucnej lekami odkażającemi, gdy wysięk jest bardzo gęsty i gnilny. Na czele tej grupy stoi S t e t t i n e r. Niezależnie od rodzaju postępowania leczniczego stosuje on jednocześnie autowakcyno, sero i koloidoterapję, wczesną gimnastykę oddechową, a niekiedy i ropnie fiksacyjne.

Dr. Rodziński, zrażony niepomyślnemi wynikami leczenia zapomocą sączkowania, metodą Bülaua po szeregu uprzednich nakłuć opróżniających, przeszedł do sposobu, który szczegółowo podaje w swej pracy. W linji pachowej wycina on 4—5 centymetrowe odcinki X i XI żeber w uśpieniu eterowem; następnie po nakłuciu opłucnej nożem długości 2 — 3 mm. wprowadza natychmiast do jamy opłucnej jeszcze w czasie wylewania się ropy koniec półmetrowego sączka z gazy jodoformowej grubości 3—4 cm. na niewielką głębokość. Wolną częścią sączka wypełnia ranę zewnętrzą, którą zwęża po bokach 2—3 szwami strunowymi. Opatrunki powierzchowne wykonywa w miarę potrzeby, poczem sączek zmienia dopiero po 7—8 dniach. Częstość dalszych opatrunków powierzchownych uzależnia od ilości wydaliny; sączek usuwa po tygodniu. Następnie, nie lękając się już odmy, przechyla dziecko na bok i wylewa zalegającą ropę, oraz złogi włóknika. W dalszym ciągu stosuje sączki jodoformowe lub

gumowe, zależnie od wielkości jamy, ropienia oraz ilości wydaliny.

Podobnymi sposobami leczniczymi posługują się Schiassi, Antogniovanni i Ochlecker. Śmierterność po tym sposobie postępowania, nie powodującym powstawania odmy piersiowej, stanowi 50% u dzieci poniżej 1 roku, a tylko 19,8% u dzieci między 1 i 2 im rokiem, a jest miejsza, niż podaje statystyka autorów zagranicznych. Jeżeli chodzi o wartość nakłuć opróżniających, to Rodziński jest zdania, że mogą być one uważane za zabieg wstępny do późniejszego doraźnego leczenia operacyjnego. Nie wszyscy jednak chirurdzy podzielają ten pogląd. Spitzy ogranicza się w leczeniu otoku ropnego opłucnej u dzieci tylko do nakłuwania jamy opłucnej i opróżnienia jej z ropy co 3—4 dni, wykonywując nakłucia w coraz to niższem międzyżebrzu. Woringer (Strasburg) postępuje analogicznie, wstrzykując następnie do jamy opłucnej rozczyn chlorowodoru optochiny w ilości 25 mmgr. na kilo wagi chorego. Nobécourt (Paryż) stosuje nakłucia opróżniające 2 razy dziennie. Autorzy ci, jak również i szereg innych, są naogół przeważnie zadowoleni z wyników swego postępowania. Nie da się wyłączyć, że prawdopodobnie odgrywa tu dużą rolę łagodność zakażeń, wywołanych przez dwoinki Fraenkla, z którymi przeważnie się walczy w wieku dziecięcym, oraz znaczna skłonność organizmu dziecięcego do wchłaniania tych wysięków.

Spostrzeżenia, poczynione na oddziale chirurgicznym d-ra Wertheima na 28 dzieciach, potwierdzają w dużym stopniu słuszność poglądów wyżej wspomnianych chirurgów i pozwalają na wyrobienie bardziej optymistycznego poglądu na skuteczność nakłuć opróżniających, jako zabiegu leczniczego, który może być stosowany w omawianem schorzeniu.

Przypadki, obserwowane na tutejszym oddziale, dotyczyły przeważnie ropnych zapaleń opłucnej w następstwie zapalenia płuc. Co się tyczy flory bakteryjnej, to najczęściej w ropie z jamy opłucnej wykrywaliśmy dwoinki Fraenkla.

Nakłucia opróżniające stosowano co 2-gi, 3-ci, względnie czwarty dzień, zależnie od ciepłoty, stanu ogólnego chorego i wyników badania klinicznego. Co do ilości aspirowanej za każdym razem ropy, to zazwyczaj wydalam jej tyle, ile dało się wycią-

gnać strzykawką; ilość ta wahała się w granicach od kilkunastu do kilkudziesięciu cm^3.

W przypadkach bardzo obfitego wysięku i ciężkich objawów ogólnych używano aspiratora Potain'a, aby w dalszym postępowaniu przejść do zwykłych nakłuć opróżniających. Większość chorych poprawiała się w znacznym stopniu. W kilku przypadkach obok nakłuć stosowano autoszczepionkę, sporządzoną z ropy Specjalnie dodatniego wpływu działania tych szczepionek nie spostrzegano. Zestawiając wyniki lecznicze, uzyskane na drodze zachowawczej, z wynikami doraźnego otwierania jamy opłucnej przez wycięcie żebra, dochodzimy do wniosku, że to ostatnie jest najniebezpieczniejszym zabiegiem u dzieci w I roku życia. Zabieg ten daje według naszej statystyki olbrzymią śmiertelność, sięgającą prawie 100%. Między I i II rokiem życia śmiertelność po rezekcji spada do 20%; między II i III podnosi się do 25%; między IV i V—33%. Jest więc ciągle znaczna. Nakłucia opróżniające natomiast i ewentualne odtłaczanie ropy aspiratorem Potain'a mogą w większości wypadków zastąpić całkowicie rezekcję żebra i—jako takie — nie dają prawie żadnej śmiertelności dzięki swej łagodności, niewywoływaniu odmy oraz wstrząsu u młodego pacjenta.

Na podstawie rozważań powyższych, opartych coprawda na skromnym naszym materjale, dochodzimy do wniosku, że nakłucia opróżniające mogą być uważane za zasadniczy sposób leczenia ropnych zapaleń opłucnej w wieku dziecięcym i dają naogół dobre wyniki lecznicze. O ile jednak na tej drodze nie udaje się opanować sprawy, to dopiero wówczas należy pomyśleć o odsłonięciu na stałe jamy opłucnej.

PIŚMIENNICTWO.

1. L. Ribadeau-Dumas (Paris) et H. L. Rocher (Bordeaux). Le traitement des pleurésies purulentes de l'enfance. La presse medicale Samedi. 11.X.1924. P. 811. 2. Feer. Lehrbuch der Kinderkrankheiten 1914. 3. Dr. R. Rodziński (Lwów). O otoku ropnym opłucnej w najwcześniejszym okresie lat dziecięcych. Polski Przegląd Chirurgiczny; Tom V.1926 r, str. 93.

Z PRACOWNI ANALITYCZNEJ ODDZIAŁU CHIRURGICZNEGO.

O posocznicach, wywołanych przez prątki okrężnicy,

Podał

I. Dworecki.

Wyniki coraz bardziej przenikającej do kliniki metody bakterjologicznego badania krwi (drogą posiewu) rzucają jaskrawe światło na wielopostaciowość, a co za tem, doniosłe znaczenie praktyczne różnych schorzeń o tle posoczniczem. E. Leschke, przytaczając dane Niemieck. Państw. Urzędu. Statyst., przychodzi do wniosku, że liczba chorych septycznych w szpitalach stanowi $^1/_4$% ogólnej liczby, że około 60% tych przypadków kończy się zejściem śmiertelnem i że w statystyce przyczyn zgonów przypada na posocznicę 2—3%. W podanem tu zestawieniu Leschke bierze w rachubę jedynie posocznice w rozumieniu ścisłem a wyłącza szereg cierpień z zarazkami chorobotwórczemi w krwiobiegu, lecz różniących się od posocznicy właściwej: bądź 1) przez charakterystyczne zlokalizowanie procesu (zapal. płuc, dur brzuszny, chor. Weil'a i t. p.), bądź 2) przez swoiste zmiany w tkankach i narządach (dur, gruźlica, zimnica i t. p.), bądź też 3) ze względu na krótkotrwałość krążenia owych zarazków we krwi (zwykła bakteremja, jako objaw, niekiedy klinicznie mało znaczący, w porównaniu z posocznicą, jako jednostką chorobową).

Istotnie, jeżeli wziąć pod uwagę, że w miarę postępów bakterjologji coraz poszerza się dziedzina cierpień, z okresem bakteremicznym w przebiegu (nawet w przypadkach pospolitej błonicy gardzieli wykrywano zarazki we krwi), to kwestja dokładniejszego określenia posocznicy staje się aktualną koniecznością. W tym względzie celowem wydaje się wysuwane przez Leschke ograniczenie pojęcia posocznicy (septicaemia) oraz ropowicy (pyaemia) do cierpień o następującym zespole objawów:

1. istnienie pierwotnego ogniska zapalnego, jako ośrodka rozmnażania się zarazków,
2. mniej lub więcej przewlekłe—stałe czy też okresowe—przenikanie drobnoustrojów do krwi,
3. brak swoistych zmian anatomopatologicznych,

4. znaczna przewaga w obrazie klinicznym przejawów ogólnego zatrucia ustroju nad objawami ogniskowemi.

Określenie to posiada, oczywista, względną wartość atoli znaczenie w rozumieniu czysto praktycznem.

W liczbie zarazków, powodujących posocznicę, znajdują się nietylko wszystkie niemal ze znanych obecnie drobnoustrojów chorobotwórczych, lecz również takie, nieszkodliwe zazwyczaj, saprofity, jak prątek ropy błękitnej (b. pyocyaneus) lub odmieniec zwykły (proteus vulg.) i t. p. Do tej ostatniej kategorji drobnoustrojów, zacierających swą ewolucją w organiźmie granice między światem bakteryj chorobotwórczych, z jednej strony, a zwykłych saprofitów, z drugiej, należy również łasecznik okrężnicy (bact. coli comm.)

W warunkach normalnych laseczniki okrężnicy znajdują się—jak wiadomo — na powierzchni śluzówek przewodu pokarmowego (jama ustna, gardziel; stale zaś, w olbrzymich ilościach, w jelicie — zwłaszcza grubem) oraz dolnych odcinkach układu moczo-płciowego (okolica sromu, pochwa, często orificium uretrae extern). Stąd też łatwo stają się one jednym z najpospolitszych powodów powstawania cierpień, umiejscowionych w 1) samych jelitach (gastroenteritis infantum, colitis, appendicitis i t. p.) 2) otrzewnej, 3) drogach żółciowych (cholecyst., cholangit. i t. p.) 4) drogach moczowych (pyelo-nephritis pur., cystitis i t. p.) pomijając już bardziej rzadkie umiejscowienie, w postaci anginy, lub nawet zapal. opon mózgow.. Mimo powszechności powyższych cierpień, wywoływanych przez las. okrężnicy, te ostatnie stają się stosunkowo bardzo rzadko czynnikiem ogólnego zakażenia organizmu. Według zdania L e n h a r t z'a (212 przypadków) coliseptycaemia stanowi tylko 4% ogólnej ilości, a w źródłowem zestawieniu J a c o b'a spotykamy zaledwie 50 przypadków, opisanych w piśmiennictwie światowem. Rzecz jasna, iż zgodnie z najczęstszem umiejscowieniem ograniczonych spraw chorobowych, wywołanych przez las. okrężnicy, dzielimy odnośne posocznice na c o l i s e p t y c a e m i a e, wychodzące:

1) z jelit (prócz powyżej wymienionych cierpień tej grupy, zaliczyć do niej należy dury i cholerę, w przebiegu których b. coli dostaje się przez zmienioną ścianę jelita do krwi, powodując zakażenie ogólne), 2) z dróg żółciowych, 3) z dróg moczowych (naprz. po zapaleniu miedniczek lub w następstwie urazu podczas cewnikowania), 4) z narządów rodnych (naprz. jako posocznica popołogowa).

Otóż należy zaznaczyć, że schemat ten, dość zgodnie przyjmowany przez wszystkich autorów, którzy się omawianą kwestją zajmowali (Leschke, Jacob, Widal i Lemierre), nie zawsze da się w praktyce zastosować. Zwłaszcza, gdy chodzi o różnicowanie między 1-m a 3-m punktami schematu, przy ustalaniu wrót zakażenia. Istotnie, w wielu przypadkach jest rzeczą wręcz niemożliwą rozstrzygnięcie kwestji, czy naprz. cierpienie miedniczek jest powodem, czy następstwem koliseptycemji. Sprawa ta wiąże się ściśle z zagadnieniem patogenezy zapalenia miedniczek, najczęstszem tłem którego — jak wiadomo — (bo w 80% wszystkich przypadków) jest właśnie zakażenie lasecznikami okrężnicy. Związek genetyczny omawianego cierpienia z różnymi stanami chorobowymi, umiejscowionymi w jelitach, jest już oddawna faktem powszechnie znanym. Obszerne prace kliniczne i poczęści rentgenologiczne (Heitz-Boyer, Tremolieres), stwierdzające w odnośnych przypadkach zapal. miedn. nerkow. najrozmaitsze objawy nieżytów i przewlekłych zapaleń kiszki grubej, zniekształceń, opuszczenia poprzecznicy, zapalenia kątnicy, wyrostka i t p. — uzasadniają nawet wyodrębnienie tego często obserwowanego zespołu, jako „syndrome entero-renal". Mimo to dotychczas istnieje duża rozbieżność poglądów, dotyczących drogi, jaką najczęściej laseczniki okrężnicy dostają się do miedniczek: czy 1) od dołu, per continuitatem wzwyż (pyelit. ascendens) (Posner, Kolle-Hetsch, Steckel, Luchs i inni), czy 2) drogą połączeń limfatycznych jelitowo-nerkowych (pyel. descendens) (Franke i inni), czy wreszcie 3) drogą krwi (Heitz-Boyer, Marion, Widal i Lemierre i inni). W tym względzie zasługuje na szczególną uwagę spostrzeżenie badacza franc. Bar'a, któremu udało się ustalić następujący porządek chronologiczny objawów: zaburzenia jelitowe, gorączka, dreszcze i wykrycie we krwi laseczników okrężnicy, stopniowe narastanie objawów miedniczkowych oraz zmian w moczu, dotąd zupełnie prawidłowego, mianowicie zjawienie się białkomoczu i wałeczków, nieco później również obfitych skupień ciałek ropnych i złuszczonych nabłonków. Gdyby analogiczne obserwacje, dotyczące owego, opisanego przez Bar'a bakteremicznego „état prépyelitique" były bardziej liczne, stanowiły by one ważki argument na korzyść teorji hematogennego pochodzenia zapalenia miedniczek oraz dowodziłyby w każdym razie pierwszeństwa ściany

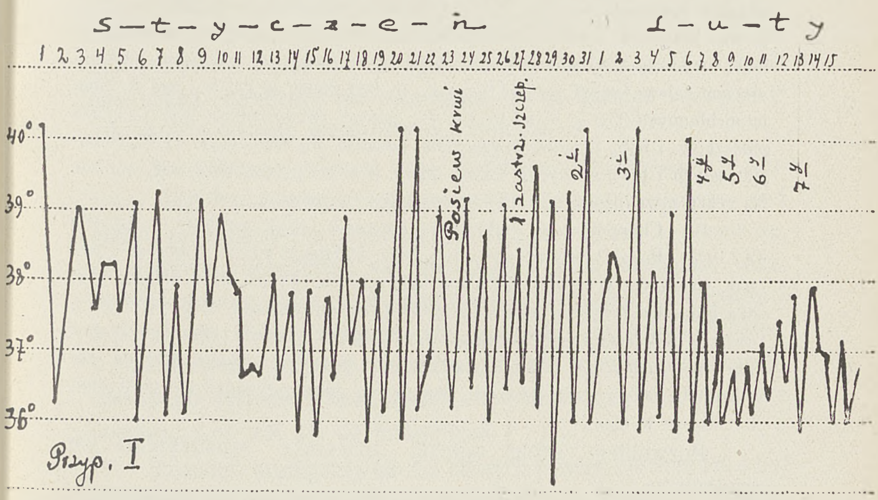
jelitowej, jako wrót, przez które bact. coli przedostaje się do krwi. Zazwyczaj jednak obserwujemy w odnośnej kategorji przypadków koliseptycemji spółistnienie ogniska jelitowego i miedniczkowego. To też żadne badanie — wywiadowe i przedmiotowe — często nie daje odpowiedzi na pytanie, jaka z następujących kombinacyj patogenetycznych bardziej odpowiada rzeczywistości: czy 1) jelito → krew (sepsis) → miedniczki, czy 2) jelito → krew (bacillaemia) → miedniczki → krew (sepsis) lub nawet 3) jelito → limfa → miedniczki → krew (sepsis), czy też 4) pierwotnie miedniczki (p. asc.) → krew (sepsis). W porównaniu z temi trudnościami zwykle znacznie bardziej pewnem jest ustalenie wrót zakażenia, gdy te ostatnie znajdują się w śluzówce dróg żółciowych lub narządów rodnych (p. 2-i i 4-szematu). Po tych ogólnych rozważaniach patogenetycznych nie będę się zatrzymywał dłużej ani na bogatej symptomatologji różnopostaciowych obrazów klinicznych koliseptycemji, tak dobrze opisanych w pracy Widal'a i Lemierre'a p. t. „Colibacillose", ani na rokowaniu naogół lepszem, (śmiertelność: 40% Jacob'a, 35% wedł. Widal'a, 41% wedł. Lenhartz'a), niż rokowanie w posocznicy gronkowcowej (śmiert.: 88%), paciorkowcowej, (83%) i pneumokokowej (51%). Poświęcę tylko—zanim przejdę do własnych obserwacji — kilka słów rozpoznaniu i leczeniu koliseptycemji. Z objawów klinicznych najbardziej charakterystycznemi mają być następujące: ostry początek, częste i silne dreszcze, wysoka gorączka (często powyżej 40°), która bądź przybiera (w przeważającej części) typ naprzemienny, bądźto (rzadziej) przechodzi w f. continua i do złudzenia przypomina krzywą durową; przyśpieszenie tętna, pocenie się, herpes labialis. Jeżeli uwzględnić różnobarwność spostrzeganych obrazów, zależnie w głównej mierze od umiejscowienia ognisk pierwotnego i wtórnych, jadowitości zarazka i t. p.—to musimy zgodzić się, że objawy kliniczne naogół są zbyt chwiejną podstawą dla oparcia na nich rozpoznania koliseptycemji. Jedynie miarodajnym okazuje się, oczywista, dodatni wynik posiewu krwi. Jest to metoda prosta i celowa, jeśli jest należycie stosowana (zwłaszcza z uwzględnieniem siania krwi na żółci, jako na podłożu wybiórczem). Jeżeli w wyniku badania bakterjologicznego krwi wyrastają prątki gramujemne, to dalsze utożsamienie wyhodowanego szczepu jest rzeczą elementarnie prostą, mimo to, że własności biochemiczne szczepów

bact. coli dają—jak wiadomo—obraz zupełnie niejednolity, o dużej ilości możliwych odchyleń od typu zasadniczego. Ta oto zmienność, czyniąca z gatunku b. coli comm. dużą zbiorowość wszelakich odmian (włączając tu i 5 typów b. paracoli Gilbert'a) ma wszakże pewne znaczenie praktyczne, mianowicie w dziedzinie swoistego lecznictwa szczepionkowego. Istotnie, jeżeli uwzględnimy wyjątkową mnogość odmian las. okrężnicy z punktu widzenia ich biochemizmu, jadowitości, cech serologicznych i t. p. (tak, np. Gundell i Bitter w czasie badań nad las. okrężnicy, jako zarazkami zapal. ropn. miedniczek, wyodrębnili aż 72 odmiany, różniące się między sobą pod wielu względami), — to zrozumiemy konieczność—o ile chodzi o wakcynoterapję—posiłkowania się w leczeniu odnośnych przypadków wyłącznie szczepionkami własnemi.

Przechodzę do spostrzeżeń swoich.

I. Jeden z obserwowanych przypadków dotyczył kobiety lat 45, która w d. 31.12.1925 dostała nagle b. silnego bólu w okolicy lewej nerki. Dnia następnego: dreszcze, wysoka gorączka (40,1°). Stwierdzono: tętno przeszło 120, słabo napięte, tkliwość w okolicy lewej nerki, pozatem bez zmian. W moczu (od kilku miesięcy zapalenie miedniczek): 0.06‰ białka, wałeczki szkliste i ziarniste (2—3 w prep.), leukocyty bardzo liczne (przeważnie w dużych skupien.), oraz pojed. czerw. ciałka, Po znacznem pogorszeniu ogólnego stanu w 3-m dniu choroby (utrata przytomności, upadek sił) nastąpiła pewna poprawa: samopoczucie niezłe, chora poci się bardzo, żadnych dolegliwości nie doznaje. Nagle w 3-m tygodniu po 1-m napadzie gorączki (20.1.1926) ciepłota szybko wzrasta do 40.2°. Nazajutrz zrana: 35,6°, a już o godzinie 1-ej po południu 40,2°. Dnia 24.1,1926 przy 38,4° dokonałem posiewu 15 cm. sz. krwi na buljonie cukrowym i żołci. Z posiewu wyrosły krótkie laseczniki gramujemne. Szczep ten posiadał cechy następujące: ruch b. słabo zaznaczony: rozczyny cukrów — laktozy, dekstrozy, sacharozy, lewulozy, mannitu i maltozy — zakwaszone z wytworzeniem gazu, serwatka lakmusowa zakwaszona, czerwień obojętna zmieniona, indol +. Własności te—jak wiadomo są zupełnie charakterestyczne dla las. okrężnicy, Z posiewu jednocześnie pobranego moczu wyrósł szczep identyczny. Mamy tu więc do czynienia z koliseptycemją najprawdopodobniej z ogniska miedniczkowego. Z wyhodowanych laseczników, zabitych przez ogrzewanie, przyrządziłem szczepionkę własną w dawkach od 50 miljon. do 1 miljarda bakt. w 1 cm. sz. Zastrzykom podskórnym, w odstępach 2—3 dniowych, towarzyszyły: słabe odczyny miejscowe i ogniskowe, podnoszenie się ciepłoty (w początku do 40,2°) oraz bardzo silne poty. Poczem zazwyczaj następowała ulga i opadanie gorączki. Dokonano 7 szczepień. Jednocześnie stosowano środki nasercowe. Stan ogólny się polepszał, powrót do zdrowia postępował stopniowo, trwając niespełna 3 tygodnie od początku szczepień. Z powikłań w postaci ognisk wtórnych spostrzegano w danym przypadku jedno: zasługuje ono na szczegolną uwagę,

ze względu na umiejscowienie. Otoż w okresie zdrowienia chora uskarżała się na ból w dolnej części prawego uda, po stronie zewnętrznej. Ból ten — jak się później okazało — był spowodowany przez tworzenie się (tuż pod skorą) sporego ropnia. Badanie bakterjologiczne zawartości tego ostatniego wykryło czysty szczep l a s e c z n i k ó w o k r ę ż n i c y bez jakiejkolwiek domieszki gram dodatnich ziarniaków ropotwórczych. O ile mi wiadomo, fakt powstawania przerzutowego ropnia podskórnego w koliseptycemji nie był dotąd przez nikogo opisywany. Zgodnie z opisanym tu, względnie łagodnym, przebiegiem wynik badania morfologicznego krwi, wykonan. w okresie nasilenia sprawy chorobowej, okazal się zadowalającym w sensie rokowania: białych ciałek — 15,800 w 1 mm, sz.: w tem 1.6% eozynochłonn., 72% obojętnochł., 22% limfoc., 4% jednojądrz. i przejść. oraz 4% postaci podrażnieniowych T ü r k'a. Skład leuk. obojętnochł. wedł. S c h i l l i n g a: 0,4% myelocytów. 1,2% post. młod., 6,4% post. o jądrze pałeczk. i 64% o j. segment. Znamienne są we wzorze: obecność eozynochłonnych i brak owego znaczniejszego „przesuniecia nalewo", cechującego posocznice o złem rokowaniu. Uwydatnia się tu znaczenie prognostyczne bad. morfol. krwi w przypadkach koliseptycemji, podnoszone przez wielu autorów.



II. T., l. 24 (z oddz. d-ra L u x e n b u r g a), mężatka, podaje, że jest w 8-m miesiącu ciąży. Dotąd była zdrowa. Od czasu ciąży silne zaparcie stolca. niekiedy wymioty. Choroba zaczęła się przed trzema dniami silnymi bólami w okolicy krzyża i prawej strony brzucha, wysoką gorączką, dreszczami (2 razy w ciągu dnia). Nazajutrz dołączyły sie poty. St. ob.: nazewnątrz oraz w narządach wewnętrznych zmian niema, poza płodem o rozmiarach, odpowiadających 8-mu mies. ciąży. Ciepłota: 37,8° — 39°. Tętno 120. Bóle głowy. Zadarcie stolca od 4 dni. W moczu: 0,5% białka, pojed. wał. szkliste, liczne zlepy ciałek ropnych, czerw. ciałka (kilka w prep.). Nieznaczna leukocytoza (10.800). 13.X.1925 dokonałem przy ciepł. 38,5 posiewu krwi. Wyrósł (na buljonie cukr. i żółci) czysty szczep lasecznikow gram ujemnych, które zidentyfikowałem (morfologja, ruch, własności biochemiczne), jako bact. coli

comm.. Z posiewu moczu wyhodowałem identyczne laseczniki. Przebieg był bardzo łagodny. Ciepłota litycznie opadła do normy. W 8-m dniu choroby pacjentka wypisała się z poprawą. Był to więc przypadek pyelitis gravidarum, powikłany koliseptycemją o łagodnym przebiegu, nie dającą ognisk wtórnych. W tym typowym przypadku „zespołu jelitowo-nerkowego" jest rzeczą wręcz niemożliwą ustalenie miejsca pierwotnego ogniska posocznicy.

III. Chory B. (oddz. d-ra Wertheima) przybył 14.I.1926 ze skargą na silną żółtaczkę i bóle w dołku podsercow. pod praw. łukiem żebr.. Wybitna żółtaczka, odbarwienie stolców świadczyły o przeszkodzie w obrębie głównego przewodu żółciowego. Wysoka ciepłota, dreszcze, znaczna leukocytoza uzasadniały jednocześnie przypuszczenie tła posocznicowego. D. 16.I.1926 posiałem krew. Wygląd buljonu cukrowego z posianą krwią po 24 godz. trzymania w cieplarce był niesamowity: w żółtem (domieszka barwików żółciowych), zlekka opalizującem płynnem podłożu były zawieszone liczne kuliste, delikatne, przeświecające twory z ciemnym punktem pośrodku, nieco przypominające żabi skrzek. Twory te okazały się kolonjami laseczników okrężnicy Wynik ten rozstrzygnął rozpoznanie: cholangitis septica. Najwidoczniej posocznica powstała na skutek zastoju żółci („chologene sepsis"), która stanowi wszakże znakomite podłoże dla rozmnażania bact. coli. Badanie morfologiczne krwi dało obraz wysoce charakterystyczny dla ciężkiej posocznicy: brak eozynochłonnych, dużą leukocytozę neutrofilową ze znacznym „przesunięciem nalewo" wedł. Schilling'a. Il. biał. ciałek 20.200 w 1 mm. sz.; obojętnochłonnych 95,5%, w tej liczbie 4% postaci młodocianych, 28,5% o jądrze pałeczkow. i 63% o jądrze segmentow. pozatem 3% limfocytów i 1,5% jednojądrzastych i przejściowych. Chory zmarł w 6 dni po przybyciu na oddział. Na sekcji stwierdzono nowotwór, zaciskający gł. przewód żółciowy.

IV. Chora K., l. 48, (oddz. d-ra Luxenburga) przybyła do Szpitala 19.2.1927 Przed 3 laty upławy, bóle przy wydalaniu moczu, połączone z parciem, swędzenie w cewce. Pozatem była zdrowa. Przed 4-ma dniami: wysoka gorączka, dreszcze, bóle w krzyżu, brzuchu, plecach. Zaparcie stolca. Dreszcze powtarzały się codzień. 22.I ciepłota przekroczyła 40°. Posiew krwi i moczu wykazał obecność laseczników okrężnicy. Ponieważ chora leży w Szpitalu zaledwie od kilku dni, obserwacja tego przypadku koliseptycemji jest jeszcze w toku.

Pozwoliłem sobie ogłosić powyższe spostrzeżenia ze względu na

1. rzadkość prac drukowanych, odnoszących się do przypadków koliseptycemji, (p. dane statystyczne we wstępie),
2. prawdopodobieństwo znacznie większego rozpowszechnienia tych stanów, niż to wynikałoby z danych piśmiennictwa (w związku z pospolitością cierpień miejscowych, wywoływanych przez laseczniki okrężnicy),
3. niezwykłe umiejscowienie przerzutu septycznego (w I-m przypadku) w postaci ropnia podskórnego,
4. ujawnioną w podanych przypadkach koliseptycemji wartość praktyczną badania morfologicznego krwi, zwłaszcza według schematu Schilling'a.

O ewolucji pielęgniarstwa w szpitalu starozakonnych na Czystem.

Podał

Ignacy Fliederbaum.

Intendent Szpitala.

Kto znał stosunki szpitalne przed 1922 rokiem, a szczególnie ci, którzy byli zmuszeni do tolerowania stanu rzeczy z przed laty, przyznać muszą, że w kierunku tworzenia nowych warunków dla pielęgnowania należytego chorych nastąpiła, po uruchomieniu przebudowanego pawilonu chirurgicznego, znaczna poprawa, a to dzięki wprowadzeniu tak długo oczekiwanej przez całe pokolenie lekarzy instytucji pielęgniarek.

Lecz jeszcze i teraz większa liczba pawilonów szpitala pozbawiona jest należytej służby pielęgniarskiej, a to staje się nadal jaskrawym brakiem, nieuwzględnianym niestety przez czynniki miarodajne, niechcące lub niemogące wciąż jeszcze wprowadzić jednolitego systemu pielęgnowania chorych.

Jak wiadomo, większą część doby chorzy przebywali i w dalszym ciągu na większości oddziałów przebywają wyłącznie pod opieką posługaczy-ek, rekrutujących się przeważnie z elementu, absolutnie nic wspólnego nie mającego z pracą szpitalną. Aczkolwiek poziom etyczny w porównaniu z typem posługacza-k z przed laty 10-ciu znacznie się poprawił, to jednak, wobec współczesnych wymogów lecznictwa, dalsze tolerowanie dotychczasowego systemu pozostawiania chorych pod opieką wyłącznie posługaczy-ek jest nie do pomyślenia.

Stosunek posługaczy-ek do chorych jeszcze i w roku 1918 był okropny, a gorszy niż w latach poprzednich, bo wywołany przedewszystkiem niejasną sytuacją w kraju i nadzwyczaj lichem wynagrodzeniem, które poniekąd uprawniało służbę do pobierania datków za najdrobniejsze usługi, a nawet zabiegi, ordynowane przez pp. lekarzy. W 1918 r. posługacz pobierał 49 mk. miesięcznie, nie zawsze otrzymując bezpłatne mieszkanie (z którego korzystali tylko uprzywilejowani), przyczem zaznaczyć należy, że wynagrodzenie wymienione pobierano za 12-godzinny dzień pracy. Przed wojną światową przeciętna płaca posługacza wynosiła 17 rubli miesięcznie, dozor-

czyni lub dozorcy 32 ruble, nic więc dziwnego, że do tego rodzaju pracy garnęli się bądź wykolejeńcy, bądź krewni osób, będących w służbie czynnej.

W aktach szpitalnych znajduję szczegóły, zwł. z okresu epidemji duru plamistego, że do służby szpitalnej włączano każdego, kto się zgłosił, nie pytając o pochodzenie, kwalifikacje moralne lub zawodowe. Tłumaczy się to szczególnie tem, ze trudno było o chętnych do pracy szpitalnej wówczas z obawy zakażenia.

Poważną zasługę przyznać należy Związkom Zawodowym robotników miejskich, gdyż stale udzielały swej pomocy dla wprowadzenia przedsięwziętych przez administrację środków sanacji stosunków w szpitalu. Z jednej strony walczyły Związki o podniesienie poziomu moralnego swych członków, a równolegle o podwyższenie poborów, których wysokość w pewnej mierze stanowiła poważny czynnik dla zmiany stosunku służby do powierzonych ich pieczy chorych. Po usunięciu z szeregu robotników szpitala szczególnie amoralnego elementu, podwyższeniu i unormowaniu poborów, nastąpiła pierwsza zasadnicza zmiana w tym względzie. Jeszcze bardziej jaskrawo się to uwydatniło po wprowadzeniu do szpitala pierwszego zastępu pielęgniarek (jeszcze przed otworzeniem Szkoły Szpitala), dzięki czemu szpital zyskał przez dobieranie do szeregów pracowników szpitala elementu inteligentnego, bardziej zdającego sobie sprawę ze swych obowiązków, podwalinę dla ugruntowania nowych warunków pielęgniarstwa w Szpitalu.

Siły te jednak nie mogły zrazu, i nie mogą i dzisiaj jeszcze, uzyskać całkowitego zaufania pp. lekarzy, to też nie bez troski oddają oni w ich ręce chorego, w grę bowiem wchodzi tu nie tylko dobra wola pielęgniarki, lecz i jej wiedza zawodowa, która u wielu niewątpliwie posiada b. duże braki. Nie chcę przez to powiedzieć, że pielęgniarki teraźniejsze nie zdołały nauczyć się tego lub innego zabiegu, lecz poziom niedostateczny wykształcenia zawodowego, zdobytego przeważnie na kursach krótkotrwałych, stworzył z niej typ pielęgniarki, nad której pracą pilny dozór wciąż jeszcze roztaczać należy.

Mówiąc o ewolucji pielęgniarstwa w Szpitalu na Czystem, należy zaznaczyć przedewszystkiem, że w 1920/21 r. przy Związku Kobiet Żydowskich (z inicjatywy p. Reis-Cukiermanowej) przy udziale i ofiarnej współpracy lekarzy Szpitala, powstał surogat

szkoły pielęgniarek z jednorocznym kursem. Szkoła ta powstała w nadzwyczaj złych warunkach materjalnych; prócz moralnego poparcia pp. lekarzy szpitalnych z Lekarzem Naczelnym na czele żadnemi środkami ze strony Szpitala szkoła ta nie rozporządzała; najpotrzebniejsze i najprostsze przyrządy potrzebne do zajęć teoretycznych pożyczano, gdzie się dało. Nie zważając na istotnie trudne warunki, udało się jednak, dzięki kolosalnemu wysiłkowi lekarzy i słuchaczek, wyszkolić dość pokaźną liczbę pielęgniarek, z której wszystkie prawie już w 1922 roku otrzymały posady etatowe w pawilonie chirurgicznym. Tu (po uruchomieniu go po przebudowie) znalazło zatrudnienie niezwłocznie 40 pielęgniarek prawie $^3/_4$ tej liczby stanowiły słuchaczki, które po roku zajęć ukończyły szkołę pielęgniarek przy Związku Kobiet Żydowskich. Pozostałe dobrano z innych pielęgniarek zawodowych, o ile się wylegitymowały 4-oklasowem przynajmniej wykształceniem i kilkuletnią pracą zawodową.

Od tej chwili nastąpiła istotnie nowa era i rozpoczęła się tak długo oczekiwana sanacja w dziele pielęgnowania chorych; Po wykonaniu przebudowy pawilonu III i VII liczba pielęgniarek została zwiększona, a po wyjednaniu etatów pielęgniarek również i dla oddziału zakaźnego liczba pielęgniarek wynosi obecnie 102 osoby (w tem 14 osób przyjęto na zastępstwo w dnie odpoczynkowe).

Podana niżej tablica wykazuje, jaki był w liczbach stan opieki nad chorymi w Szpitalu w okresach przełomowych, przyczem stwierdza się tu, że liczba służby niższej (niezależnie od wzrastania liczby łóżek ze 535 do 1096) nie została powiększona; przeciwnie, po zwiększeniu liczby łóżek szpitalnych do 1096, Szpital dobrał zaledwie 66 osób personelu, lecz składającego się już wyłącznie z pielęgniarek. Różnica 22 osób powstała z powodu skasowania stanowiska 22 dozorczyń, przemianowanych na pielęgniarki (nie posiadające jednak i nadal tych kwalifikacji, jakich żądano od nowozaangażowanego personelu pielęgniarskiego).

Rok	Liczba łóżek	Dozorczynie				Akuszerki				Felczerzy				Pielęgniarki				Posługacze				RAZEM	Ilość godzin pracy na dobę	Faktyczna liczba pracowników w jednej zmianie	Stosunek liczbowy służby salowej do ilości łóżek	
			Pobory miesięczne				Pobory miesięczne				Pobory miesięczne				Pobory miesięczne				Pobory miesięczne							
		Liczba	Rub.	Marki	Złote	Liczba	Rub.	Marki	Złote	Liczba	Rub.	Marki	Złote	Liczba	Rub.	Marki	Złote	Liczba	Rub.	Marki	Złote				Liczby ogólnej	Na każdą zmianę
1903	535	16	27^{50}	—	—	4	20	—	—	10	od 16 do 20	—	—	—	—	—	—	125	11	—	—	155	12	77	1x3.45	1x6,9
1913	876	17	32^{30}	—	—	4	32^{56}	—	—	8	od 18 do 33	—	—	—	—	—	—	137	17	—	—	166	12	83	1x5,28	1x10,65
1918	876	22	—	80	—	3	—	81	—	12	—	60	—	—	—	—	—	131	—	49	—	168	12	84	1x5,21	1x10,43
1927	1096	—	—	—	—	5	—	—	302	14	—	—	od 250 do 324	88	—	—	293	136	—	—	253	243	8	81	1.450	1x13,5

UWAGA. Pielęgniarek w rzeczywistości szpital zatrudnia 102, z liczby których 14 osób zastępuje 88 stałych w dnie odpoczynkowe
Posługaczek „ „ „ 162, „ „ 26 „ „ 136 „ „ „

Zestawienie powyższe wykazuje, że ilościowo warunki nadzoru nad chorymi znacznie się pogorszyły, na co w pierwszym rzędzie wpłynęło wprowadzenie 8-miogodzinnego dnia pracy, bez koniecznego w tych razach zwiększenia liczby służby, która pozostaje prawie w tej samej liczbie, jaką Szpital zatrudniał w 1903 roku.

Jakościowo z wprowadzeniem na niektóre oddziały szpitalne pielęgniarek pielęgnowanie chorych bezwzględnie uległo zmianie na lepsze, szczególnie tam, gdzie liczba pielęgniarek przeważała. Aczkolwiek ten stan rzeczy wykazywał już znaczną poprawę, nie mógł jednak zadowolić ogółu lekarzy, szczególnie zaś tych, którzy już w zaraniu uruchomienia Szpitala na Czystem (po przeniesieniu go z ulicy Pokornej w roku 1902—1903) niejednokrotnie podkreślali potrzebę utworzenia jaknajprędzej innych warunków pielęgnowania chorych, a w pierwszym rzędzie konieczność otwarcia Szkoły Pielęgniarek przy Szpitalu. Lecz była to walka o dobro chorych bez rezultatu. I znacznie później, gdy funkcjonowała już t. zw. Rada Miejska Dobroczynności Publicznej, wystąpiono z wszechstronnie opracowanym projektem otwarcia Szkoły Pielęgniarek przy Szpitalu, wobec jednak wyraźnej niechęci władz zaborczych, z braku funduszów poniekąd i na ten raz nie dało się projektu zrealizować.

W listopadzie 1921 r. Kurator Szpitala p. inżynier Adolf Weisblat zwołał pierwsze posiedzenie założycieli Towarzystwa Popierania Szkoły Pielęgniarek przy Szpitalu Starozakonnych w Warszawie, które się odbyło pod przewodnictwem Lekarza Naczelnego dr. J. Szwajcera wraz z wszystkimi ordynatorami Szpitala. Po ukonstytuowaniu się komisji ustawowej, organizacyjnej, agitacyjnej i t. p. z zapałem wzięto się do pracy.

Praca szła w b. ożywionem tempie. Już 20 marca 1922 r. statut Towarzystwa został przez Ministerstwo Spraw Wewnętrznych zatwierdzony.

29-go Kwietnia 1922 r. w sali portretowej Magistratu m. st. Warszawy odbyło się specjalnie agitacyjne zebranie wyłącznie dla lekarzy, którzy z natury rzeczy brak racjonalnego pielęgnowania chorych w Szpitalu najdotkliwiej odczuwali. Poza obowiązującemi składkami ofiarowano tu dość znaczne sumy na uruchomienie Szkoły; był to wówczas jedyny rekurs, na który liczono. W rozwoju szybkim tej sprawy, dzięki niezwykłej energji i sta-

raniom Kuratora Szpitala inż. Weisblata wyjednano zezwolenie Magistratu na przekazanie całego drugiego piętra domu administracyjnego dla szkoły i internat dla 25 uczenic.

W tym to okresie rozpoczął działalność na terenie Warszawy Amerykański Komitet Rozdzielczy (J.D.C.), który, popierając w tym czasie drobne szkoły pielęgnarek, nie śpieszył zrazu zbytnio z udzielaniem pomocy materjalnej dla utworzenia jednej, wzorowej szkoły. Jednakże dzięki silnemu naciskowi T-wa Popierania Szkoły Pielęgniarek przy Szpitalu Starozakonnych w Warszawie i przekonywującym argumentom, zjednano z kolei i dla tej sprawy czynniki miarodajne Amerykańskiego Komitetu Rozdzielczego.

Tak więc, poza ofiarowaniem na nadbudowę całego piętra w domu administracyjnym Szpitala 10.600 dolarów (co umożliwiło pomieścić, prócz personelu służbowego, 75 uczenic), Amerykański Komitet Rozdzielczy ponosił wydatki na Szkołę w stosunku 75%, prócz poborów dyrektorki, 3-ch instruktorek amerykanek, które opłacał do 1 lipca 1926 r. Amerykański Komitet Rozdzielczy, w dalszym ciągu popiera materjalnie szkołę do wysokości 4000 dolarów rocznie.

Niestety, prócz Magistratu m. st. Warszawy, który, w zrozumieniu korzyści, jakie osiągają szpitale przez wprowadzenie racjonalnego pielęgniarstwa, dopomógł w znacznej mierze do powstania w Szpitalu Starozakonnych szkoły wzorowej, niema wciąż jeszcze dotąd ze strony innych czynników miarodajnych żadnego poważnego odruchu, aby utrzymać nadal na wysokim poziomie placówkę, z tak wielkim i ofiarnym trudem utworzoną.

Od tych czynników należy więc przedewszystkiem obecnie żądać głębszego wejrzenia w istotę sprawy, ze względu w pierwszym rzędzie na dobro Państwa, umożliwi to bowiem należyte przygotowanie odpowiednich kadrów wyszkolonych wzorowo pielęgniarek, da to Państwu przedewszystkiem doskonałą broń w walce z epidemjami chorób zakaźnych, a podczas wojny pierwszorzędny zespół pomocniczy lekarski przy udzielaniu pomocy rannym żołnierzom.

Tak więc w połowie 1923 roku powstała przy Szpitalu Starozakonnych wzorowa szkoła pielęgniarek, której rozwój wiąże się ze szczerym wysiłkiem i ofiarną pracą całego szeregu odda-

nych tej sprawie ludzi.[1]) — Pierwszy zespół słuchaczek, które otrzymały dyplomy w 1925 roku dał Szpitalowi zaledwie 10 wykwalifikowanych pielęgniarek (z liczby 14-tu); pozostałe 4 objęły stanowiska po dyrektorce i instruktorkach, cudzoziemkach, w samej szkole. Drugi zespół dał ich 9, czyli obecnie Szpital zatrudnia razem 19 byłych słuchaczek Szkoły.

Wydać się może zrazu, że liczba 19 słuchaczek, które objęły stanowiska etatowe w Szpitalu, jest w porównaniu z wysiłkiem i ponoszonemi kosztami zbyt mała. A jednak ta garstka stała się właśnie bardzo poważnym i decydującym czynnikiem dla podniesienia poziomu kultury pielęgnowania, również i samych chorych. To jedno stanowi już wielką zdobycz w porównaniu z panującemi dawniej stosunkami, orzeka o wartości Szkoły, usprawiedliwia czas, pracę i koszta, zużyte na nią. Szkoła ta odtąd winna pozostać instytucją trwałą, ona bowiem tylko zdolna jest stworzyć typ pracownika szpitalnego, oddanego sprawie.—Szkoła szpitala przyswoiła sobie w całości program nauki, opracowany przez „Ligę Kształcenia w pielęgniarstwie" w Stanach Zjednoczonych Ameryki: programem tym posiłkują się tam wszystkie szkoły pielęgniarstwa, a poszczególne i w Europie.

Program ten jest niewątpliwie zbyt obszerny i nie jedno dałoby się bez szkody dla sprawy z programu usunąć.

Słuszność tego zdania mego potwierdza do pewnego stopnia artykuł w N. 2 „La Presse Médicale" z dnia 5 stycznia b. r.

Trudno nie zgodzić się z wysuniętemi w tym artykule uwagami i należałoby przez nowe rozpatrzenie zatwierdzonych programów dążyć do zredukowania ich, a przedewszystkiem wiadomości teoretycznych. Nie straci na tem ani Szkoła, ani słuchaczki, zyska zaś Szpital, gdyż w krótszym czasie zdoła zatrudnić u siebie zespoły wykwalifikowanych pracownic i to mniejszym kosztem.

Rozumie się, że w tej sprawie mają decydujący głos lekarze, pracujący na terenie Szkoły oraz ordynatorzy, pod których kierunkiem słuchaczki Szkoły pracowały lub pracują.

---

[1]) Należy tu podkreślić że pierwszą dyrektorką Szkoły była do 1/VII-26 amerykanka p. Amelja Greenwald, której działalności Szkoła zawdzięcza swój wysoki poziom naukowy i moralny.

SPRAWOZDANIA Z POSIEDZEŃ NAUKOWYCH.

Sprawozdanie z posiedzenia dn. 18 czerwca 1926 r Ciąg dalszy).

Przewodniczył Markusfeld.

Erlich. **Pokaz kilku potworków.** (Z oddz. A. Natansona).

I. Hernia funiculi umbilicalis. Hernia diaphragmatica spuria.

Płód 7-miesięczny. Nadmiar wód płodowych (hydramnion) u matki, która poprzednio rodziła prawidłowo. Wass. —. U płodu w okolicy pępowiny guz wielkości mandarynki w worku, napełnionym żółtawym płynem (20 cm^3). Ściana worka z owodni, pępowiny oraz otrzewnej ściennej jamy brzusznej. Guz przedstawiał część wątroby odsznurowanej; potwierdziło to badanie drobnowidowe; płyn był owodniowy. W klatce piersiowej po str. prawej szczelina pomiędzy środkową a boczną częścią przepony brzusznej. Poprzez nią przenikały jelita grube do klatki piersiowej i pokrywały płuco prawe. Worka otrzewnowego nie było; była to więc przepuklina przeponowa wrzekoma. Dwie te wady rozwojowe spotyka się dość często razem; powstają one na tem samem tle. — Przyczyną tu nieprawidłowość w rozwoju przegrody poprzecznej (septum transversum), tworzącej się z części krezki brzusznej, leżącej poniżej serca.

II. Hernia cerebri frontalis. Meningocele occipitalis. Palatoschisis et labium leporinum ambilateral. Hypoplasia bulborum oculorum et nervorum opticorum. Aplasia nervorum olfactoriorum. Mikrogyria cerebelli. Polydactylia mannum et pedum.

Dziecko- donoszone, duże. Waga 4100 gr. Wydobyte ręcznie z położenia pośladkowego z górnej próżni miednicy, gdy tony serca się pogarszały. Urodziło się żywe, lecz zaraz przestało oddychać. Jako przyczyny przepukliny mózgowej wymieniają: 1) niedostateczne kostnienie pokrywy czaszkowej, 2) hydrops ventriculi, 3) nadmierny rozwój poszczególnych części mózgu, 4) więzy amniotyczne Simonard'a

zrośnięte z oponami mózgowemi, które pociągają nazewnątrz części mózgu. U potworków tego rodzaju często spostrzega się niedorozwój części korowej nadnerczy oraz niedorozwój grasicy. Wargi zajęcze powstają, jak wiadomo, wskutek niezrośnięcia się guzków pierwotnych szczęki górnej z nosowymi guzkami środkowymi. Wady podniebienia zależą od niezrośnięcia się guzka nosowego bocznego z guzkiem szczęki górnej. Prócz tego stwierdzono u potworka na górnych kończynach po 6 palców, na dolnej prawej 6, na dolnej lewej 7.

III. Poród samoistny. Płód 8-miomiesięczny. Nieżywy. Obustronna warga zajęcza oraz t. zw. wilcza paszcza. Wybitny niedorozwój narządu wzroku. U matki Wass.—. Nadmiar wód płodowych.

Landsberg. **Przypadek cukrzycy.** (Z oddziału G. Lewina).

52-letniej chorej przed 12 laty usunięto kamień z przewodu trzustkowego. Wówczas długo gorączkowała. Obecnie objawy ciężkiej cukrzycy. Wielce prawdopodobny jest tu związek z dawno przebytem schorzeniem trzustki. Przypadki takie należą do rzadkich.

Lewinson. **Przypadek operacji plastycznej cewki moczowej.**

Chory l. 12, u którego przed 7 laty, po przewiązaniu prącia nitką, wytworzyła się przetoka cewkowa. Przed kilku miesiącami zamknięto przetokę zapomocą operacji plastycznej.

L. podaje technikę zabiegu; podobne operacje powinny być wykonywane dopiero po odprowadzeniu moczu przez cięcie nadłonowe.

W rozprawie Lubelski mówi o analogicznych przypadkach własnych oraz o technice operacji plastycznych na cewce moczowej.

Sprawozdanie z posiedzenia dn. 8. października 1926 r.

Przewodniczył Mesz.

Flanz. **Niezwykłe objawy żołądkowo-jelitowe w przyp. skazy krwotocznej.** (Z oddz. G. Lewina)

E. L., lat 21, zapisany zrazu na oddz. chirurgiczny 8.9.26. Przed ½ r. jakby przeziębienie z szybkiem wyzdrowieniem. Po kilku tygodniach — krwawa biegunka (4—6 r. na dobę ze śluzem i krwią, czasem sama krew), silne bóle brzucha u pępka. Leczono go jak na czerwonkę, która po 3 tyg. przeszła. Po 2 tyg. — w stolcu — krew, silne bóle brzucha, wymioty krwawe; ból w stawie kolanowym lewym, tak silny, że musiał dzień przeleżeć; nieznaczny obrzęk, zaczerwienienie i plamki sinawe były tu też u stawu, na co jednak nie zwró-

cono uwagi. Następnie objawy żołądkowe; „palenie“ po jedzeniu, niekiedy bóle w nocy, wymioty kilka razy, ostatnio krwawe. Wychudzenie. Leczono go też jakoby na wrzód żołądka, wzgl. 12-icy, przed przybyciem do Szpitala.

St. ob.: wątły, odżywienie b. złe, język obłożony. T. 36,4°, tętno miarowe 90 na 1′, słabe. Gruczoły pachwinowe powiększone. Zaostrzenie oddechu u szczytów. Serce bez zmian. Brzuch wklęsły, słabo napięty; ból u żołądka i dolnej części brzucha. Śledziona i wątroba niemacalne. Odruchy +. 15.IX 26 wybroczyny na k. k. g. i d. u stawów i b. silne bóle brzucha. Na oddz. dr. Lewina (22.IX.26.) nasilenie wybroczyn wokoło stawów kolanowych i łokciowych, niekiedy stolce krwawe, silne bóle brzucha; 28.IX. — krwawienie z dziąseł przy czyszczeniu zębów; 4.X.26. nowe nasilenie wybroczyn, parcie, bóle, krew w stolcu. Mocz +, Pirq. +++, aczkolwiek i kontrola +, Wasser. —. W krwi Hb: 72%, Ind. 0,85, erytr. 4.200.000, leuk. 14,600 z tego 82% neutrof. 13% limf., 1,5%, monoc., 3,5% przejściowych. Płytek Bizz. 17.IX. — 300.000, 22.IX. — 200.000 i 2.X. — 400.000. Krzepliwość — 6′, czas krwawienia 4′, soli wapniowych 10 mg. %, opadanie krwinek 45′, objaw opaskowy 2 razy ujemny, raz słabo dodatni; objaw nakłucia — dodatni, Kał: krew utajona kilka razy ++, czasem krew i dla gołego oka; laseczników czerwonki nie znaleziono. Rtg. żołądka —. Rektoskopja: obrzęk śluzówki odbytnicy. Obserwacja szpitalna pozwala rozpoznać tu chorobę Schönlein'a. Badanie krwi potwierdziło to rozpoznanie. Leukocytozę, jak i tu, obserwowano też w przypadku doc. Semerau'a. Fl. tłumaczy leukocytozę wchłanianiem rozpadu wylewów krwawych. Fl. podkreśla, że objawy jelitowo-żołądkowe, w początku choroby tej często dają powód do rozpoznania czerwonki. W przypadkach krwawień jelitowo-żołądkowych należy badać zawsze na skazę krwotoczną. Leczenie chorego: Ca doustnie i dożylnie, zastrzykiwano żelatynę.

Bóle zmniejszyły się, samopoczucie stało się lepsze, choremu przybyło 4½ funta.

W rozprawie Luxenburg podkreśla, że często niesłusznie rozpoznaje się czerwonkę, gdy są zaburzenia jelitowe i krwawe stolce. Zawsze należy pamiętać i o schorzeniu na tle skazy krwotocznej. L. mówi o własnym przypadku — już demonstrowanym na posiedzeniu w Szpitalu, z rozpoznaniem czerwonki; okazało się, że była to białaczka.

Bregman sądzi, że purpura rheumatica oraz zmiany stawowe były tu w związku z lekkiemi wybroczynami do stawów.

Frank skierował chorego do Szpitala i od początku miał na względzie tylko skazę krwotoczną. O czerwonce (wrzodzie żołądka lub dwunastnicy) nie było tu mowy.

Szour w związku z danym przypadkiem omawia tezę Semerau a o ogólnych cechach wielu skaz krwotocznych, a mianowicie o autoizoaglutynacji krwinek z surowicami zdrowych i chorych osobników. Wobec tego, że koncepcja taka nie odpowiada teorji izoaglutynacji (szkoła Hirszfelda), Sz. uważa za słuszną potrzebę sprawdzenie jej.

Orzech. **Przypadek raka żołądka o rzadkiem umiejscowieniu przerzutów.** (Z oddz. G. Lewina).

Chory od 3-ch miesięcy ma delegliwości żołądka, które nasuwają przypuszczenie raka. W okolicy żołądka wyczuwa się guz o cechach złośliwych. Treść żołądkowa i rentgenogram potwierdzają rozpoznanie. Przypadek zasługuje na uwagę ze względu na rzadkie umiejscowienie przerzutów, mianowicie: nad lewym obojczykiem skupienie twardych gruczołów i przerzut do gruczołu krokowego. Przerzut do gruczołów nadobojczykowych z lew. strony, znany pod nazwą gruczołu Virchow'a, stanowi dość rzadkie zjawisko. (Albe na 1500 przyp. raka żołądka stwierdził to 12 razy). Na oddziale dr. Lewina w ciągu ostatnich 3 lat spostrzega się to pierwszy raz.

Landsberg. **Przypadek t. zw. adenoma toxicum gl. thyreoideae.** (Z oddz. dr. Lewina).

L. podaje, że zgodnie z mianownictwem Plummera rozróżnia typy wola: wole zwykłe, morbus Basedowi oraz t. zw. toksyczny gruczolak. Te dwa ostatnie typy dają się rzadko zróżnicować, albowiem w obu postaciach występują objawy hipertyreoidyzmu. Przypadek dany, kobiety 60-letniej, wykazującej lekkie wole, typu struma nodosa, lekki wytrzeszcz oraz ciężkie zaburzenie działalności serca o charakterze migotania przedsionków, ze względu na powolny rozwój, starczy wiek, brak chudnięcia oraz ciężkie zaburzenia naczyniowe może być raczej uważany za postać t. zw. adenoma toxicum.

Gleichgewicht. **Przypadek guzów jamy brzusznej niewyjaśnionego pochodzenia.** (Z oddz. G. Lewina).

W. E., lat 40. Przybyła 19.VIII.26. Skargi na uczucie pełności po jedzeniu, wzdęcie brzucha, gniecenie w dołku, przelewania w brzuchu, wymioty co 10 — 14 dni, po zwiastunach, jak niepokój, utrata głosu, niekiedy ślinotok, osłabienie. Chora od 8-iu mies. Po odbijaniu, wymiotach — ulga. Odbijania puste, bądź o smaku zjedzonych pokarmów. W wymiocinach — resztki pokarmowe, czasem z przed paru dni, to też jadała mało. Żółtaczki nie miała. Stolce co 2—3 dn. Mocz oddaje. Bardzo wychudła. Od 2-ch tygodni—herpes zoster—w okolicy krzyżowej. Cierpiała też na ból gardła. Przed obecną chorobą krwawiła z narządów rodnych, przebyła parę operacji ginekologicznych (szycie krocza,

skrobanie). Od 4-ch miesięcy menopauza. 1 poród; nie roniła. Cierpiała na serce, miała tyfus, odrę.

St. ob. Cera bladoziemista. Nieźle odżywiona. Na stopach niewielkie obrzęki. Prawy migdałek powiększony, liczne tu blizny, krypty i czopy. Tylna ściana gardzieli zaczerwieniona, pokryta śluzem. Pakiet gruczołów w pachwinach z obu stron w kształcie grona. Gruczoły pojedyncze, twarde, łatwo przesuwalne. T° +. Przytłumienie wypuku w praw. szczycie i zaostrzenie oddechu, pozatem +. Cor bovinum. Szmer skurczowy u koniuszka przenosi się w lewo. Tony mocne. Drugie tony nad dużemi naczyniami mocne, zaakcentowane, zwł. nad tętnicą główną. Szmer skurczowy również słyszalny.

Ciśnienie krwi: max. 180. minim 100. Tętno: miarowe 92, dobrze napięte, z lewej str. lepiej wyczuwalne. Powłoki brzuszne napięte, rozdęcie. Esica i kątnica — w postaci napiętege walca, tkliwe. Śledziona duża, twarda, wystaje na 2 palce. Wątroba wystaje na 4 palce, twarda, guzowatej powierzchni, o brzegu zaokrąglonym, nierównym. Między wątrobą i śledzioną—guzy, jak śliwki i większe, nieprzesuwalne, niebolesne. takież guzy poniżej wątroby. Ukł. nerw. +.

W moczu: białka+0,3‰. Urobilnogen O. Diazoreakcja O. Odczyn Weissa O. Liczne wałeczki szkliste, pojedyncze leukocyty, nabłon. płask. z dolnych dróg moczowych. Masa kontrastowa (Roentgen) dochodzi do połowy poprzecznicy. Pirquet +.

W krwi 23. VIII. 26 hemoglobiny 60% leuk. 9.000, erytroc. 3.460.000. Index = 1,1. neutrofilów 66%, limfocytów 31%, eozynochł. 3%. Odcz. Wass.—. Dn. 2.X.1926. Hemoglobiny 40%, leukoc. 11.000 erytr. 2.070.000 Index = 1,1, neutrof. 76%. limfoc. 17%, eozynochł. 6%, monocytów 1%; odcz. Wass. —.

Z żołądka naczczo nic nie wykryto. Po próbnem śniadaniu: ogólna kwasota 62, wolny kw. solny 27, krew utajona O. Mikroskopowo nic szczególnego.

Terapja. Naświetlanie prom. Roentgena jamy brzusznej (3 razy). Arszenik podskórnie; żelazo. brom. Zmniejszenie się gruczołów pachwinowych, wzdęcie brzucha znacznie mniejsze.

Rozpoznanie waha się pomiędzy Lymphogranulomatosis (Morbus Hodgkini) a Lymphosarcomatosis (Morbus Kundrati).

W rozprawie Higier i Bryzman, uwzględniając, zmiany w nerkach oraz powiększoną śledzionę i dużą twardą wątrobę, skłonni są, pomimo ujemnego odczynu Wassermana, rozpoznać tu kiłę.

1. Lichtenberg, **Przypadek gruźlicy płuc i wady serca u osobnika niedorozwiniętego**. (Z oddz. G. Lewina).

Chłopiec l. 19, od 6 r. życia, rzekomo po urazie klatki piersiowej, zaczął cierpieć na duszność i sinicę. Uczył się jednak, pracował.

Od pól roku dolegliwości te się wzmogły (kaszel, krwioplucie, stan gorączkowy). Miesiąc temu musiał się już położyć. Libido abest. Ma 4 rodzeństwa: 3 zmarło wcześnie; ojciec nie żyje (gruźlica). Rodzice nie byli krewnymi.

St. ob.: fizycznie niedorozwinięty. Waga 44 kilo, wzrost 152 ctm., rozpiętość ramion 14 ctm., (kończyny, jak u dzieci). Kościec słaby, szczególnie klatka piersiowa: obwód jej na wysokości wdechu 74; mała, spłaszczona w kierunku bocznym, wydłużona w kierunku przednio-tylnym. X costa fluctuans. „Trommelschlägfinger". Mięśnie słabe, również tkanka podskórna. Livor faciei. Prawie zupełny brak włosów na wargach, podbródku, pod pachami, na piersiach, kroczu; nad symphysis pubis wybitnie kobiecy typ uwłosienia. Genitalja małe, również tarczyca; głos męzki. W płucach — objawy nacieczenia prawego górnego płata. Objawy zwężenia lewego ujścia żylnego, jednak bez powiększenia lewego przedsionka. Jama brzuszna +. Układ nerw. +. Układ wegetatywny nie mógł być zbadany z powodu ciężkiego stanu chorego. St. podgogorączkowy. Pulsus frequens, parvus. Ciśnienie krwi 85—60 RR.; obraz cytologiczny — norma. Wass. —. Urobilinogen ++. Pirq. +. Plwocina: Koch +.

Röntg.: zaciemnienie prawego płata górnego; kształt serca mitralny; przedwczesne skostnienie chrząstek nasadowych u dłoni.

L. zastanawia się nad postacią wady serca w danym przypadku, szczególnie wyłącza wady serca rozwojowe; zatrzymuje się na rozpoznaniu stenosis mitralis; tłumaczy brak wysłuchowego i rentgenologicznego poruszenia lewego przedsionka pewnem zniekształceniem klatki piersiowej. Postać zaburzeń rozwojowych określa tu, jako infantilsmus generalisatus (podział A n t o n a), wzgl. infantylizm dystroficzny typu Lorraina. L. usiłuje znaleźć tu związek przyczynowy, wzgl. stosunek między tymi kilku stanami chorobowymi. Stosunek ten może być dwojaki: albo ma się tu do czynienia z pierwotną anomalją rozwojową, której wada serca jest jednym z przejawów, a gruźlica płuc— jednym ze skutków, albo też wcześnie nabyta wada serca wywołuje tu ogólne zaburzenie rozwojowe. L. sądzi, że to pierwsze ma tu miejsce. Przemawiają za tem: objawy wady serca (już w 6-tym roku życia sinica), brak innych momentów etjologicznych dla zapalenia wsierdzia, wreszcie i postać wady serca.

Jest to t. zw. czyste zwężenie lewego ujcia żylnego Duroziere'a, które najczęściej powstaje wskutek niezupełnego rozczepienia pierwotnej zastawki przedsionkowo- komorowej, niezbędnego dla pozostania normalnej zastawki dwudzielnej. Według Teissier'a dziedziczne obarczenie gruźlicą zostawia u potomka skłonność do skazy łącznotkankowej (także i lues rodziców); wskutek tej skłonności do bujania

tkanki łącznej u brzegu zastawek (już normalnie rozwiniętych) dochodzi do częściowego zespolenia obu płatów zastawki dwudzielnej, a stąd zwężenie ujścia żylnego. Możliwe też, że na tle pierwotnego stanu niedorozwojowego i status degenerativus rozwinął się na zastawkach serca, jako w miejscu najmniejszego oporu, proces zapalny, który zwężenie sprowadził. Zmiejszona odporność małowartościowego ustroju usposobiła z kolei też do łatwiejszego zakażenia lasecznikami Kocha i rozwoju gruźlicy płuc.

Sprawozdanie z posiedzenia dn. 29 października 1926 r.

Przewodniczył Natanson.

J. Luxenburg i Z. Kurlandski. **Przypadek plamicy brzusznej** (Purpura abdominalis).

R. A., lat 15, dostał 9 miesięcy temu kurczowych bólów brzucha, po kilka razy dziennie, często z wymiotami; jednocześnie na k. k. d. i g. ukazały się drobne czerwone plamki, w ciągu kilku dni bladły, żółkły i wreszcie ginęły, a potem znów ukazywały się. Tak trwało 6 tygodni. Stolce sformowane, ciemnobrunatne; raz po b. silnych bólach krew w stolcu. Następnie przez 7 i pół mies. zdrów. Przed 2-u tygodniami nawrót bólów brzucha i wykwitów na k. k. d.

St. ob.: budowy prawidłowej, lichego odżywienia; na skórze k. k. g., a zwł. dolnych, głównie zaś na str. wyprostnej—gęste plamki o charakterze wybroczyn ciemno-czerwonych, wielkości grubego maku, inne bledsze, żółtawo-bronzowe lub zupełnie żółte. Płuca, serce bez zmian. Brzuch nie wzdęty, nie napięty, na ucisk bolesny; wątroba i śledziona niemacalne. Gardziel nieco zaczerwieniona, języczek lekko obrzęknięty. T^0 normalna; tętno 92. Ciśnienie 98/73 R. R. Objaw Rumpel—Leeds, palcowo-uciskowy Hechta—ujemne. Układ nerwowy+. Krew: er: 4.300.000, leuk. 10,400, Hb. 72%. płytek Bizzozero 340.000; neutr. 69%, limf. 16%, eos. 5%, mon. 4%, przejśc. 6% limf. Czas krwawienia 3', krzepliwość 10''. Mocz: urobilinogen dodatni; próba na krew — ujemna, z posiewu — bac. coli. Kał bez jaj pasorzytów. W przebiegu silne bóle brzucha i śluzowe krwawe stolce kilka razy dziennie. Po 2-ch dn. stan znów zadowalający. Wybroczyny na k. k. utrzymują się, zjawiają się obficiej jedynie po chodzeniu.

Rtg.: żołądek nieco rozszerzony i opadnięty; col. tranvers. wydłużone, w 1-ej części dość głębokie i długie zagięcie, niezrośnięte z c. asendens i b. bolesne na ucisk; ruch. kisz. grub. upośledzony. Rozpoznanie plamicy brzusznej (typ Henocha) opiera się tu na obecności wybroczyn skórnych i kiszkowych obok braku zmian we krwi oraz wobec objawów kiszkowych. Stosowano wapień do wewnątrz i czopki

z Extr. Opii. Zamierzone jest leczenie szczepionką b. coli wobec wyniku posiewu moczu.

Przypadek ten więc zaliczyć należy do skazy krwotocznej, czyli grupy schorzeń, których cechą jest krwotoczność oraz wylewy do skóry i błon śluzowych.

Patogeneza i etjologja tych stanów jest jednak w przeważnej liczbie przyp. conajmniej niejasna, albo zgoła niewiadoma. Mamy też na myśli stany krwotoczności, znane jako plamica (purpura), plamica Werlhofa, krwawiączka i gnilec u dorosłych i dzieci. Z tych gnilec i krwawiączkę można wyłączyć, ponieważ krwawiączkę cechuje dziedziczność i rodzinność cierpienia oraz patologicznie wydłużony czas krzepnięcia krwi, a gnilec powstaje z braku witaminy C w pokarmach. Pozostają więc plamice czyste i plamica Werlhofa; ta jednak może być wydzielona z tej grupy na zasadzie morfologicznych zmian we krwi — zmniejszenia, a czasem i zupełnego braku, płytek Bizzozero w przypadkach nawrotnej samoistnej postaci, która też nosi nazwę samoistnej trombopenji. Oprócz tego jest brak kurczliwości skrzepu i wydłużony czas krwawienia.

Pozostaje więc plamica, gdzie zmian we krwi niema, a—w przeciwieństwie do wymienionej wyżej trombopenji—odznacza się normalną ilością płytek i normalnym składem chemicznym krwi — (plamica atrombopeniczna). Tu mamy pl. prostą (simplex), pl. gośćcową (p. rheum) i pl. brzuszną. Wszystkie postaci dają punkcikowate wylewy skórne, a oprócz tego w jednych przypadkach zajęte są stawy, w innych bł. śluzowa kiszek, a stąd i wymioty i stolce krwawe. Taka klasyfikacja nic nie wyjaśnia, oparta jest na patogenetycznie niezrozumiałych momentach, a nazwanie ich — anafilaktoidnemi -- przez podobieństwo do odpowiedniego zespołu, nic nowego nie dodaje.

Jeżeli skład krwi w tych razach jest niezmieniony, to pozostają jeszcze 2 czynniki, które mogą dać krwawienie: stan naczyń i organizmu, jako całości. Że ściana naczyń — mianowicie kapilarów — nie może być niezmieniona, tego dowodzi fakt, że po stosunkowo niedługiem nawet staniu, jak i w naszym przypadku, występują plamki krwotoczne i tak samo bywa po doświadczeniu opaskowem, nieraz od ucisku kołnierzyka i t. p. (microtrauma).

Badania kapilaroskopowe Müllera (które nam się zapomocą naszego zwykłego mikroskopu nie udały) wykazują wydłużenie, wężykowate siatki kapilarów, aneuryzmatyczne rozszerzenia i obrzęk okołonaczyniowy, a Rautenberg w 1-ym przypadku pl. gośćcowej wyciął plamkę i znalazł rozszerzenie kapilarów i odwarstwienie śródbłonka.

Cóż więc sprowadza zmianę w kapilarach u osobnika przedtem

zdrowego? Nasuwa się tu przypuszczenie zakażenia, którego początek często bywa dość ostry. Następnie zjawia się gorączka, niedomaganie i t. p.; niekiedy tu występują powikłania, zwykłe w zakażeniach — endocarditis, nephritis. Gdy są objawy brzuszne (p. abdominalis), jak u naszego chorego, należy przypuścić pochodzenie kiszkowe infekcji, gdyż zarówno napad bólów, jak i rentgenogram, każą przypuścić, że mamy do czynienia z chronicznem wgłębieniem jelit i stąd z uzurą śluzówki, która prowadzi do zakażenia.

W przypadkach plamicy gośćcowej bywa endocarditis, co przypomina przebieg poanginowy. Są również przypadki plamicy jednej tylko połowy ciała, a więc w związku z układem nerwowym, a nakłucie lędźwiowe w niektórych przypadkach plamicy wykrywa limfocytozę lub polinukleozę. — Co więcej, we krwi niektórych chorych oraz w wybroczynach wykrywano staphylo — strepto — lub pneumokoki, pyocyaneus i t. p., a ostatnio i meningokoki. Netter i Salanier otrzymali w powyższy sposób czyste hodowle meningokoka. Thomsen i Wulff otrzymywali czyste hodowle meningokoków z wyciętych plamek, podczas gdy płyn lędźwiowy był czysty. Wykazali oni też meningokoki w śródbłonku drobnych naczyń plamki skórnej; śródbłonek odpada, tworzy się zakrzep, a krew przenika przez obnażoną ścianę.

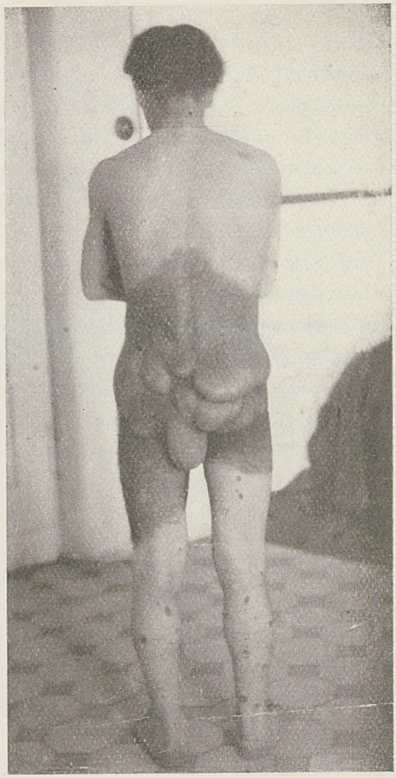
W danym przypadku możemy przypuścić zakażenie następcze pałeczką okrężnicy (z kiszek do krwi, a stąd do moczu).

Nie ulega zdaje się wątpliwości, że plamica ma dużo wspólnego z infekcją, że nie jest jednorodną, zawsze zależną od tego samego czynnika chorobotwórczego, a przedewszystkiem, że nie jest „skazą“, ale jednostką chorobową o patogenezie pochodzenia pozaustrojowego.

J. Kon. **Przypadek znamion macierzystych skóry.** (Z oddz. St. Markusfelda).

19-oletni B. miał zmiany na skórze od urodzenia. Zaraz po urodzeniu spostrzeżono również w okolicy pośladków drobne guzki, które z biegiem czasu powiększały się. Przed rokiem w szpitalu w Lublinie usunięto mu operacyjnie jeden guz z pośladka lewego. W rodzinie nikt podobnych zmian niema.

St. ob. Prawidłowo zbudowany, normalny fizycznie i umysłowo. Narządy wewnętrzne chorego i stan nerwowy bez zmian. Na skórze całego ciała szereg plam wielkości od grochu do dużych monet, barwy brunatnawej, prawie czarnej, wyraźnie odgraniczonych od zdrowej skóry; nacieczenia w obrębie tych plam niema. W miejscach tych dość gęste uwłosienie. W okolicy pośladków, dolnej części tułowia i górnej ud wielka plama, ciemna, o zarysie spodenek kąpielowych, pokryta



gęstemi, gładkiemi, lśniącemi, ciemnemi i dość długiemi włosami. Skóra tu robi wrażenie skóry zwierząt. W okolicy krzyżowej i pośladków w obrębie plamy zwisają ku dołowi guzy miękkie, w liczbie czterech. Największy, jak głowa dziecka, zwisa na szerokiej szypule, przykrywając otwór stolcowy między udami. Guzy te są niebolesne.

Tonenberg. **Pokaz ciała obcego z jelita cienkiego.** (Z oddz. A. Wertheima).

Mężczyzna 30-kilkuletni połknął w celu samobójczym łyżeczkę od herbaty. Wobec braku objawów zaniechano narazie wszelkiej interwencji. Nazajutrz jednak zjawiły się już silne bóle brzucha i objawy zapalenia otrzewnej; natychmiastowe prześwietlenie wykazało łyżeczkę w dolnej części brzucha po str. prawej. Przystąpiono do laparotomji: łyżeczka była w jelicie krętem niedaleko od zastawki Bauhini'ego. Pętla jelita była tu silnie nacieczona; w 2 miejscach, gdzie końce łyżeczki, przedziurawiona. Wykonano resekcję pętli wraz z łyżeczką. Po kilku tygodniach obustronne zapalenie płuc—mors.

Mutermilch. **Przypadek periorchitis haemorrhagica proliferans traumatica.** (Z oddz. A. Sołowiejczyka).

L. C., 41 l., wyrobnik, przybył 7.IX.1926. 25 lat temu bezpośrednio po urazie powstał w okolicy pachwinowej prawej guzek, jak orzech włoski; stopniowe powiększał się, zajmując $1/2$ moszny. Bóle w okolicy kanału pachwinowego.—Chorował na płuca.

St. ob. Budowa +. Odżywienie mierne. Powłoki, błony blade. T° podgorączkowa. Mocz ÷. Serce bez zmian. Nad szczytami stłumienie, wydłużony wydech, rzężenia; osłabiony oddech nad szczytem prawym i w okolicy prawej łopatki; na całej przestrzeni płuc suche rzężenia. Brzuch miękki. Wątroba i śledziona niemacalne. Ponad prawem więzadłem pachwinowem—guz (prawie jak 2 pięści) o wypuku tu stłumionym, powierzchni gładkiej, wyraźnie zaznaczonych górnym

i bocznych brzegach, chełbocący. W prawej $^1/_2$ moszny guz wielkości główki noworodka, chełbocący, mało przeświecający, równy, prócz zewnętrznej części, gdzie wystaje dość twardy, niebolesny guzek (jądro?). Chełbotanie przenosi się z jednego guza na drugi. Małe, dość twarde, gruczoły pachwinowe. Per rectum nic się nie wykrywa. Nakłuto guz w mosznie, wydobyto do 250 cm. czerwonobrunatnego mętnego płynu, na powierzchni którego pływały oczka tluszczu. W płynie: białka 4,06%; odczyn Rivalt'a dodatni (p/g Rivalt'a płyn wysiękowy) dużo leukocytów, tłuszczow. zwyrod.; niezmienione krwinki, 15—20 w p.w., nieliczne okrągłe tłuszczowo-zwyrodniałe nabłonki; włóknika niewielkie kłaczki; w znacznej liczbie płytki cholestearyny. Prątków Kocha ani innych nie wykryto. Ze względu na długotrwałość istnienia, rozmiary, kształt, konsystencję guza, na fakt powstania sprawy bezpośrednio po znacznym urazie, a przedewszystkiem na wynik badania płynu, w którym nie znaleziono elementów nowotworowych, śluzu, plemników, natomiast dużą ilość ropnych ciałek i białka, M. rozpoznaje tu przewlekłą sprawę zapalną—*periorchitis*. Przypuszczalnie podczas urazu nastąpiło krwawienie, które się nie wessało, stopniowo organizowało i z czasem, pod wpływem ubocznym (zakażenia), sprawa przeszła w przewlekły stan zapalny, podczas którego wzmagała się wytwórcza działalność elementów otoczek i produktów zapalnych. A stąd—*periorchitis haemorrhagica proliferans traumatica*. 28.IX w uśpieniu chloroform.-eter. operacja: cięcie skórne (20 ctm.), równoległe do dolnej $^1/_2$ więzadła pachwinowego z przedłużeniem na mosznę. Po przecięciu rozścięgna m. obl. ext i odciągnięciu ku górze wewnętrznego skośnego i poprzeczn. mięśnia brzucha uwydatnił się twór torbielowaty (wielk. głowy człowieka), zajmujący $^1/_2$ moszny i ciągnący się ku górze prawie do pępka, zwężony w okolicy zewnętrznego pierścienia pachwinowego, w zrostach. Poczynając od dolnego bieguna, odłączono — przeważnie na tępo—wraz z jądrem cały guz (leżący pozaotrzewnowo), możliwie wysoko podwiązano powrózek nasienny. W czasie operacji pękła w jednem miejscu ściana guza, wylało się trochę płynu. Jamę po guzie wyłożono pasami gazy; zrobiono w mosznie przeciwotwór, tu przeciągnięto pas gazy, poczem ranę zamknięto szwem piętrowym. Przebieg wogóle gładki. Chory b. się poprawił. T° naogół normalna.

W badaniu anatomo-patologicznem wykryto na przekroju ścianę zgrubiałą, pokrytą od wewnątrz włóknikiem; oddzielne warstwy nie dały się rozróżnić; wystający guzek okazał się jądrem. Otoczki silnie zgrubiałe z warstwami włókien łącznotkankowych, pomiędzy niemi ropnie lub tylko nacieczenie; silnie zgrubiałe naczynia krwionośne z warstwami nowopowstałego śródłonka, bez elementów nowotworowych, gruzełków i rozpadu. Jądra w zaniku.

Przypadek zasługuje na uwagę ze względu na rozmiary guza, długotrwałość jego i przebieg.

Flancman. **Przypadek gruźlicy sutka.** (Z oddz. M. Lubelskiego).

Chora lat 55. Od roku guzek w lewym sutku; ostatnio powiększał się, sprawiał bóle.

St. ob. W górnym i dolnym odcinkach zewnętrznych lewego sutka stwierdza się guz. w spojeniu z otaczającemi tkankami. Skóra nad nim niezmieniona, zrośnięta z guzem, w 1-em tylko miejscu u brodawki ciemno-czerwona. Budowa guza twarda, powierzchnia nierówna; niebolesny. Pozatem wyczuwa się jeszcze gruczoł pachowy, wielkości orzecha włoskiego, twardy, ruchomy. Sądząc z szybkiego powiększania się guza, przerzutu do gruczołów, jego naciekowego rozrastania się, można było przypuszczać, że jest to guz złośliwy. Badanie wyciętego skrawka wykazało typowy obraz zmian gruźliczych, jak komórki olbrzymie, limfocyty i komórki nabłonkowate (w sutku rzadkie to zjawisko.) Mallory śród 2297 przypadków cierpienia sutków spostrzegał gruźlicę w 0,6%. Według Scotta spostrzega się tu gruźlicę 40—50 razy rzadziej niż raki.

J. Rosental. **Dermatitis herpetiformis Dühring.** (Z oddz. St. Markusfelda).

P. W., lat 19. Od 3 miesięcy na skórze podudzi występują od czasu do czasu pęcherzyki, różnej wielkości, o zawartości zrazu przezroczystej, następnie mętnej. W miejscach, gdzie się ukazują, silny ból i swędzenie, aż do bezsenności. Budowy, odżywienia dobrego Na skórze dolnej 1/3 części podudzi pęcherzyki wielkości grochu, napięte, z cieczą jasną, bez obwódki zapalnej. Po tygodniu na oddziale wystąpił na przedramieniu lewem w dolnej 1/3 części, na ramieniu lewem i na ramieniu prawem, u zgięcia łokciowego, szereg pęcherzyków (jak ziarnka grochu) o zawartości przezroczystej, surowiczej. Pęcherzyki napięte na skórze zdrowej (bez obwódki zapalnej). Również na udach pęcherzyki takie. W krwi i zawartości surowicy pęcherzyków wykryto nadmiar komórek eozynochłonnych. Układ wegetatywny bez zmian. Charakter pęcherzyków, zjawianie się na zupełnie zdrowej skórze, objawy wstępne w postaci silnego bólu i swędzenia ciała, b. dobry stan ogólny, mimo dość długotrwałego cierpienia (już przeszło 4 miesiące), okresowość występowania pęcherzyków — pozwalają rozpoznać tu *dermatitis herpetiformis Dühringa.*

D. Cytrynik. **Przypadek promienicy szczęki górnej.**

M. M., lat 25, chora od VIII 26 r. Rozpoczęło się od owrzodzenia nawewnątrz policzka prawego, odzewnątrz zaś był obrzęk bolesny. Okłady i maście były bezskuteczne. Obrzękła również po-

wieka dolna prawa i dolna część policzka prawego. Na zęby chora cierpiała już i dawniej; przed 4 laty tyfus.

St. ob. Obrzęk powieki dolnej prawej; skóra policzka prawego zaczerwieniona, obrzmiała; tu po środku guz wielkości orzecha włoskiego, skóra nad nim napięta, błyszcząca, po środku owrzodziała. W guzie, bolesnym w macaniu, chełbotanie. Poniżej tego guza, u ust, na policzku, dwa mniejsze guzy; jeden pokryty strupem. Błona śluzowa jamy ustnej i gardzieli +; po str. prawej w szczęce górnej i dolnej kilka spróchniałych zębów. Zaczerwienienia lub obrzmienia dziąseł nie było. Narządy wewnętrzne +; układ nerwowy +. Gruczoły chłonne niezajęte. W moczu bez składników patologicznych. W krwi: neutr. 70,6, limfoc. 19.3, eozyn. 3.1, przejściowych i monocytów 7.0, C. sądzi, że należało tu różnicować w kierunku kilaka, nowotworu, gruźlicy i promienicy. Kilak jest zwykle o wiele twardszy i boleśniejszy, wrzód kilakowy kraterowato wgłębiony, o dnie sadłowatem, brzegach ostrych, prostopadłych, nie podżartych. Przeciwko nowotworowi przemawia ostry początek, szybki i stosunkowo krótki przebieg, wiek chorej. W gruźlicy rozpływnej mamy, jak i w danym przypadku, do czynienia z guzowatym naciekiem; gdy skóra, pokrywająca guz pęka, wydziela się rzadka, ropiasta ciecz z domieszką krwi i strzępów tkanki martwicowej. Tu ropa, obficie wydzielająca się z górnego guza, była znamienna: gołem okiem widać było ziarenka jasnożółte, (jak prosa). To też przebieg, obraz kliniczny i charakter ropy nasunęły myśl o promienicy. (Pod mikroskopem ustalono budowę charakterystyczną dla promienicy). Chora miała zwyczaj gryźć kłosy, stąd zakażenie. Chorej podawano KJ po 6—8:180,0 od 3—6 łyżek dziennie, stosowano okłady, dwukrotnie naświetlano ją prom. Rtg.. Obrzęk ustąpił; skóra na policzku praw. nieznacznie zaczerwieniona, przetoki zamknięte; pozostało jeszcze stwardnienie wielkości orzecha laskowego.

A. Glasman. **Przypadek włókniako - mięśniaka gruczołu krokowego.** (Z oddz. M. Lubelskiego).

70-letni chory przybył z objawami zupełnego zatrzymania moczu; stan taki trwał od kilku dni, był więc cewnikowany. Od 3 lat częste oddawanie moczu, zwł. w nocy.

W badaniu stwierdzono zaleganie ok. 600 ctm.^{3} mętnego moczu; per rectum wyczuto twór wielkości dużego kasztana, niezbyt twardy, częściowo wypinający ścianę kiszki stolcowej. W krwi: 0,7 mocznika w litrze surowicy.

Wobec tych objawów przerostu gruczołu krokowego, wykonano sectio alta, a po 2-ch tygodniach w zabiegu zamierzono wyłuszczyć domniemany przerośnięty gruczoł krokowy, lecz zamiast tego stwierdzono twór okrągły, twardawy, wielkości kasztana, na niezbyt

długiej szypułe u ujścia wewnętrznego cewki moczowej. Okazało się przytem, że gruczoł krokowy był nieznacznie rozwinięty. Guz wyłuszczono; w badaniu drobnowidowem (kol. Płońskier) okazał się włókniako-mięśniakiem bez utkania gruczołowego. — Po usunięciu guza wydalanie moczu stało się normalne

Luxenburg i Wohl. **Anaemia pseudoleukemica Jaksch Hajema** (pokaz chorej).

Dziewczynka—1 rok i 5 mies. Przed przybyciem do szpitala kilka miesięcy kaszlała, pozatem nie chorowała; jest pierwszem dzieckiem.—Matka przed kilku tygodniami roniła; Wass. w krwi matki jeden +; chorowała też na nieżyt szczytów płuc. — St. ob. Blada, chuda, o wyglądzie starszym, w stanie groźnym. Gruczoły pachowe, pachwinowe twarde, wielkości fasoli; gruczoły poza m. stern.-cl.-mast. do wielk. orzecha włoskiego. W płucach rozsiane furczenia, świsty, w lewem tu i owdzie rzężenia drobnobańkowe, dźwięczne. Serce +. Brzuch nieco wzdęty. Śledziona o brzegu ostrym, gładka, twarda; sięga o szerokość 2 palców ponad spojenie łonowe i o pół palca przekracza linję środkową. Wątroba macalna — 3 i pół palca pod łuk. żebr. w linji sutka; brzeg twardy. Odruchy normalne.

Krew: Czerwonych ciałek 970.000, białych 4000, Hb 20%, index 1,1. Wzór: polyncl. 17%. limf. 48%, monocyt. 18%, eoz 3%, myelobl. 10%, myeloc. 4%.

Wybitna anizo i poikilocytoza, nader liczne megalo-normoblasty orto, bazo i polichromatofilne, często z dzielącemi się jądrami. W niektórych krwinkach ciałka Jolly'ego. Płytki przeciętnie dość liczne.

Na zasadzie obrazu niedokrwistości złośliwej w składzie krwi z nadmierną ilością krwinek jądrzastych, oraz niezmiernego powiększenia śledziony i powiększenia wątroby i gruczołów regionarnych rozpoznana tu została niedokrwistość Jaksch — Hayema.

Wobec znacznego wycieńczenia dziecka i małej nadziei na zwykłe stosowane tu leczenie (arszenik, fosfor, odżywianie) zwrócono tu uwagę na 2 elementy nozologiczne — anemję i pseudoleukemję — przeciw którym zastosowano hemato i rentgenoterapję. Zaczęto od tej ostatniej. Naświetlano kości długie w 3-ch posiedzeniach w ciągu 10 dni. Po ukończeniu naświetlań ani stan dziecka, ani skład krwi nie uległ zmianie, wstrzyknięto więc domięśniowo krew matki 4 razy: raz 2 ctm.³, po 2 dniach tyleż, trzeci raz z powodu gorączki dopiero po 5 dniach 2 ctm. sz., a znów po 5 dniach 4 ctm. sz.

Nazajutrz po 1-ym zastrzyku było: polinucl. 58%, limf. 23,7%, mono 7,6%, myelobl. 2%, myelocyt 5,7%.

Po 3-im zastrzyku liczba erytro i normoblastów znacznie spadła,

śledziona skróciła się o $^1/_3$, zmniejszyły się również gruczoły szyjne. W 10 dni później śledziona już nie dochodziła na 3 palce do linji środkowej, a stan ogólny dziecka, wygląd, zachowanie się zmieniły się zastanawiająco na lepsze.

Wkrótce dziecko dostało rozlanego zapalenia oskrzeli (T° 39), przebyło je zupełnie pomyślnie, bez uszczerbku dla osiągniętej poprzednio poprawy. Śledziona i później jeszcze zmniejszyła się, nie dochodząc do linji sutkowej.

Wynik ten nie da się tu przypisać czemu innemu, jak skombinowanemu wpływowi obu czynników leczniczych.

W rozprawie Szour zaznacza, że przypadek powyższy różni się od innych obrazem mikroskopowym krwi i wskaźnikiem > 1, co zwykło odpowiadać klinicznej postaci raczej niedokrwistości złośliwej. Inne natomiast dane oraz obraz kliniczny przypadku odpowiadają oczywiście cierpieniu, rozpoznanemu przez prelegentów.

Co się tyczy leczenia, to Sz. wstrzymałby się od naświetlania prom. Rentgena, a to ze względu na bardzo niską zawartość haemoglobiny w krwi oraz małą ilość erytrocytów. Nieraz w podobnych przypadkach widzi się natychmiast po zastosowaniu naświetlania kości długich krytyczny spadek ilości czerwonych krwinek i haemoglobiny, co jeszcze bardziej pogarsza stan chorego. W jednym przypadku białaczki limfatycznej z obrazem krwi i wskaźnikiem barwnym, jak w niedokrwistości złośliwej, Sz. spostrzegał właśnie podobne pogorszenie już po dwukrotnem naświetlaniu prom. R., a w ciągu kilku dni nastąpiło zejście śmiertelne.

Sprawozdanie z posiedzenia dn. 19 listopada 1926 r. Przewodniczył Rotstadt.

B. Erlich **Pokaz przypadków przyczepu błoniastego pępowiny** (Z oddz. A. Natansona).

W danym przypadku błony pękły w miejscu, gdzie nie było naczyń, krwawienia narazie nie było. Po wydobyciu płodu, krwawienie powstało w skutek niezupełnego odklejenia się łożyska przyrośniętego. Odłączono ręcznie łożysko. Po 12-tu dniach położnica wypisała się zdrowa z dzieckiem zdrowem.

Poraz pierwszy zbadał zjawisko wskazane Wrisberg. Patogeneza: podług Strassmann'a — teorja trophotropizmu. Podług v. Franqué'a i R. Mayera — pierwotny przyczep i rozwój naczyń w miejscu nieprawidłowem, bo w okolicy chorion laeve. Niebezpieczeństwo poronienia w czasie ciąży (Winckel 58%). Największe niebezpieczeństwo po odejściu wód — występuje krwawienie. Krew należy wyłącznie do płodu, Różnicowanie — z łożyskiem przodującem.

Rokowanie dla matki dobre, dla dziecka śmiert. 78% (Gilfrieb). Leczenie polega na natychmiastowem rozwiązaniu ze względu na dziecko.

A. Fryszberg. **W sprawie leczenia hormonalnego w ginekologji i położnictwie** (Z oddz. A. Natansona; p. art. oryg. Zesz. IV 1926)

D. Thursz. **O prostym sposobie ratowania noworodków od pozornej śmierci** (Z oddz. A. Natansona; p. art. oryg. Zesz. IV 1926 r.)

Floksztrumpf i Płońskier. **Z kazuistyki nowotworów złośliwych, leczonych radem w Szpitalu na Czystem** (Z oddz. A. Natansona; p. art. oryg. Zesz. IV 1926 r.)

T. Zamkowy. **Przyczynek do zagadnienia o nowotworach ciężarnej macicy** (Z. oddz. A. Natansona; p. art. oryg. Zesz. IV. 1926 r.)

I. Szejnberg **O salpingografji, jako metodzie rozpoznawczej** (Z oddz. A. Natansona p. art. oryg. Zesz. IV 1926 r.)

N. Szenkier. **O zależności wagi noworodka od czasu trwania miesiączek** (Z oddz. A. Natansona; p. art. oryg. Zesz. IV 1926 r.)

F. Żabner. **W sprawie trudności rozpoznania drgawek porodowych i poporodowych** (Z oddz. A. Natansona; p. art. oryg. Zesz. IV. 1926 r.)

Sprawozdanie z posiedzenia dn. 10 grudnia 1926 r., Przewodniczył Sołowiejczyk.

Poncz. **Przypadek ostrego zapalenia stawu biodrowego na tle kiły** (Z oddz. L. Bregmana).

K. G. zapisana 28.IX.26 r.. 2 dni przedtem, w nocy, odczuła b. silny ból w pr. k. d. Nazajutrz już zupełnie nie poruszała z bólu k. pr. d. (Pogotowie przewiozło ją z tego powodu do Szpitala). Przed rokiem upadek z tramwaju — rozbicie prawostr. kolana (bóle tu po kilku dniach ustały). Gośćca nie miała. Chorób gruźliczych nie przechodziła. St. ob,: Nie chodzi, usiąść z łóżku nie może; pr. k. d. trzyma przeważnie w zgięciu kolanowem. Obwód uda prawostr. >. K. pr. d. w stawie biodrowym i kolanowym nie porusza (w staw. skokowym i paliczkowych ruchy zachowane). Ruchy wszelkie k. pr. d. o ile poruszają staw biodrowy, b. bolesne; najlżejsze dotknięcie w oko-

licy praw. stawu biodrowege również; tu też zaczerwienienie i ciepłota zwiększona. Ból nad praw. więzadłem Pouparta i przy uderzaniu w okol. praw. krętarza dużego.—Dane te świadczą o ostrem zapaleniu praw. stawu biodrowego. Etjologja cierpienia była tu zrazu niejasna. Gościec stawowy (umiejscowienie w 1-ym stawie, a zwł. brak wyniku po leczeniu preparatami salicylowemi) wydawał się nieprawdopodobnym. Dur można było również wyłączyć (umiejscowienie sprawy, brak napadów charakterystycznych i inn.). Przeciw gruźlicy stawu przemawiał tu ostry przebieg, brak zmian gruźliczych w innych narządach i obarczenia, Rtgrm bez zmian. Badania specjalne wyłączyły tło rzeżączkowe. Dopiero bad. krwi (Wass. ++++) sprawę wyjaśniło. Rozpoznanie kiły potwierdził też i wynik leczenia swoistego (po 2-ch wlewaniach neosalwarsanu bóle samoistne w stawie biodrowym znikły, a wogóle osłabły przy ruchach biernych znacznie. Wraz z biegiem leczenia poprawa wzrastała. Po zastrzyknięciu dożylnem łącznie 3.15 neosalw. i 6 zastrz. domięśn. Quinby chora już chodziła, ruchy czynne w stawie biodrowym stały się wolne; ruchy bierne bolesne w minimalnym stopniu zwł. ruchy obrotowe.

Pokaz uzupełnia B r e g m a n, zaznaczając, że odcz. Waserm. silnie dodatni, brak polepszenia po leczeniu zwykłem salicylowem oraz wybitna poprawa po kuracji swoistej (salwarsan, bizmut) pozwalają z całą stanowczością u chorej rozpoznać cierpienie na tle kiłowem. L u x e n b u r g omawia niektóre szczegóły niedawno demonstrowanego przypadku schorzenia stawu, gdzie również kiła była przyczyną cierpienia. R o t s t a d t przypomina wyczerpującą monografię Weljaminowa o kiłowych cierpieniach stawowych, w której słusznie już dawno wyrażony został pogląd, że zajęcie stawów na tle kiłowem jest omal tak częste, jak z powodu rzeżączki. Cechą charakterystyczną w tych wypadkach jest właśnie szybka poprawa po kuracji swoistej, czego nie spostrzega się w leczeniu cierpień tego rodzaju ostrych na tle rzeżączki. W cierpieniach kiłowych stawowych fizykalna terapja w okresie ostr. nic nie pomaga, a ma wogóle w leczeniu tej postaci schorzeń stawów drugorzędne znaczenie. L e w i c k i obserwował w Wiedniu na klinice S c h l e s i n g e r a większą liczbę podobnych przypadków. I tam, gdzie odcz. Wasserm. pozostaje ujemny, a sprawa tła nie ulega wątpliwości, jedynie leczenie swoiste dać może dobry wynik.

S z o u r zwraca uwagę, że jednorazowe badanie moczu na ilość kwasu moczowego nie pozwala jeszcze wnioskować o pochodzeniu dnawem schorzenia, zarówno jak z jednokrotnego odnośnego badania krwi. Sz. uważa za niesłuszne stawianie rozpoznania dny jedynie na zasadzie wielokrotnie stwierdzonej większej ilości kwasu moczowego w moczu. Po uwzględnieniu stanu przepuszczalności nerek dla kwasu

moczowego w niektórych tylko przypadkach, klinicznie nie podlegających wątpliwości, można rozpoznać dnę bez badania krwi na kwas moczowy.

Lewinson. **4 przypadki gruźlicy nerki** (Z oddziału M. Lubelskiego).

Lewinson przedstawia preparaty 4 nerek, usuniętych z powodu gruźlicy. Zmiany anatomo-patologiczne we wszystkich są prawie jednakowe i daleko posunięte. Lecz przebieg choroby w każdym z tych przypadków był inny. W pierwszym przypadku rozpoznanie było łatwe, gdyż chora miała zmiany gruźlicze w pęcherzu moczowym; w trzech innych w pęcherzu nie było żadnych zmian, a przebieg kliniczny był zupełnie nietypowy. W drugim przypadku chora przez parę lat była leczona, jak dotknięta zapaleniem wyrostka robaczkowego. W trzecim i czwartym przypadkach choroba nie dawała żadnych objawów i tylko przypadek sprowadził chorych do lekarzy, a badanie moczu wykazało, że należy szukać zmian chorobowych w narządach moczowych.

Lubelski uzupełnia pokaz, przytaczając niektóre szczegóły i trudności techniczne, jakie nieraz nastręcza operowanie nerek gruźliczych. Zwłaszcza gruba otoczka nerki znajduje się w tak mocnych zrostach, że niepodobna nie otworzyć otrzewnej; w paru przypadkach L. musiał wyłuszczać nerkę podotoczkowo, co ze względu na trudny dostęp do kilku naczyń czyni zabieg bardzo uciążliwym.

Herman. **Przypadek ograniczonego kurczu torsyjnego we wczesnym okresie.** (Z oddz. Flataua).

Chora Kam..., l. 12; chorobę swą spostrzega od 7 m. Matka zauważyła, iż dziecko w chodzeniu źle stawia prawą stopę, skręca ją, stąpa brzegiem zewnętrznym stopy; stan ten nieco się potęguje — Nerwy czaszkowe, kk. g., k. d. l. bez zmian; k. d. pr.: osłabienie ruchu peronealnego stopy, wyżłobienie brzegu wewnętrznego stopy. Odruchy prawidłowe (patologicznych — niema), odczyn elektryczny mięśni k.k. prawidłowy. Gdy chora siada lub leży—nic nienormalnego w stopie prawej nie spostrzega się. Natomiast, gdy chodzi, występuje wyraźne skręcenie stopy pr.; chora stąpa na brzegu zewn. stopy, całą stopę, zwł. jej brzeg wewn. unosi oraz przywodzi, w palcach zaś występuje toniczno-falisty ruch zgięcia i rozgięcia.

H. zwraca uwagę na początkowy okres chorobowy w danym przypadku oraz na ścisłe jeszcze ograniczenie, nadto prawdopodobieństwo rozprzestrzeniania się elementu torsyjnego; wreszcie podkreśla wybitne występowanie prawostronne obj. Bernchard'a Schrijvera (intensywne zgięcie podeszwowe palców w pr. stopie po ude-

rzeniu młotkiem w k.k. lub nawet klatkę piersiową). Zaznaczyć należy, iż kuzyn ojca chorej cierpi na daleko posunięty kurcz torsyjny całego ciała, co wskazywałoby na pewne znaczenie dziedziczności w tem cierpieniu.

Konferencje neurologiczne oddziału IX-go.

Posiedzenie z dnia 11 lutego 1926 r.

I. Nudelman. **Przypadek zapalenia wielonerwowego z zaburzeniami nn. oczu.**

G. N. chora od 4-ch tyg.: bóle, drętwienie i kłucie, początkowo w l. k. d., a później i w p. k. d.; po 2 tyg. bóle i w kkg. Od początku choroby nie chodzi, obecnie ruchy upośledzone również w kkg.

St. ob.: Tętno 130, miarowe Szmer nad tętnicą płucną, inne tony nieczyste. Ruchy w stawach napiąstkowych i paliczkowych nieco ograniczone; ruch przeciwstawny palca dużego upośledzony, zwł. w l kg.. PerR, TrR, obustr. = 0. W próbie palec—nos — zbaczanie. Ruchy w stawach skokowych i paliczkowych = 0. Siła wybitnie zmniejszona. Czucie wszelkiego rodzaju upośledzone na palcach, stopach, a bólu, dotyku i cieplne na podudziach. Stopy w ułożeniu szpotawokońskiem. Wybitna bolesność pni nerwowych w kkg. i kkd. Odczyn zwyrodnienia w mięśniach stopy i podudzia. Pozatem szczególnie zastanawiają zmiany oczne: ruchy gałek w prawo i w lewo przekraczają zaledwie nieco linję środkową, przy ruchach zbieżnych nie dochodzą do kątów wewnętrznych. Ruch gałek ku górze również upośledzony, ku dołowi prawidłowy. Drgania oczopląsowe. Źrenice równe, okrągłe; na światło, zbieżność i przystosowanie działają prawidłowo. Lewy fałd nos.-wargowy nieco wygładzony. Chorą wypisano w stanie znacznej poprawy.

W rozprawie Bregman uważa przypadek za niezmiernie rzadki. W poliomyelitis spostrzegano niedowłady mięśni oczu. Rzadkość tych zaburzeń w zapaleniu wieloner-

wowem czyni rozpoznanie tu wątpliwem. Gdy minie zapalenie wielonerwowe, to przekonamy się, czy i zaburzenia oczne ustąpią. Higier dodaje, że w jednym z jego przypadków kobieta z ophtalmoplegia cong. externa zapadła na polyneuritis. H. przypomina, że niegdyś demonstrował alkoholika z zapaleniem nerwów o typie Landry, u którego były też i zaburzenia oczne, ale w tych przypadkach równolegle z polyneuritis idzie poliencephalitis.

II Mackiewicz i Orliński. **Przypadek zapalenia wielonerwowego z zajęciem nn. twarzowych.**

Chory lat 28, murarz. Przybył do szpitala dn. 8.I.26 r. 3 tyg. przed przybyciem w drodze ziąbł, szczeg. kk. dolne do kolan. Przeszedł wtedy 20 kl. piechotą, pił też dużo wódki. W 10 dni po tej podróży—kłucie i drętwienie w palcach kk. g. i d., w końcu języka i lekkie osłabienie kk. dolnych. W ciągu następnych 3 dni osłabienie kk. tak się wzmogło, iż nie mógł chodzić. Równocześnie pojawiły się bóle głowy, ogólne osłabienie i przemijające bóle w łopatkach. W kk. d bólów nie było. Po 6 dn. osłabły kk. górne, zjawiły się zaburzenia czucia (dotyk, jak zimno); miewał też drętwienie w twarzy. Sprawa postępowała dość szybko; po 12 dniach zajęte były kk. g. d. i twarz. Zawsze był zdrów, ecz dużo pił i palił.

Przedmiotowo stwierdzono: Płuca +. Serce +. Tętno 58′, dobrze napięte. Inne narządy +. Układ nerwowy: niedowład nn. twarzowych o typie obwodowym. W języku drobne falowanie, największe w częściach proksymalnych. Ruchy czynne prawie zupełnie zniesione w odcinkach barkowych, w innych zachowane w całej swej rozciągłości, jedynie zbliżanie I i 5 palców niezupełne. Odr. że śc. trójgłow, okostnowe bardzo słabe. Mięśnie tułowia nieco osłabione. Odr. brzuszne minimalne. Kkd.: siła minimalna we wszystkich odcinkach, najbardziej w proksymalnych. Napięcie <. Unoszenie, rozstawienie kk. = 0. Palcami ruchy powolne, małe. PR — AR = 0. Podeszwowe —. Czucie + na całem ciele, prócz bólowego i percepcji kinestetycznych w palcach u stóp. Elektryczne zmiany ilościowe, głównie w m. m. naramiennych.

W rozprawie przemawiali Poncz, Higier i Orliński.

III. Szpilman-Neudingowa. **Przypadek postępującego zaniku mięśni z zaburzeniami czucia.**

Fr. W., lat 34, przybył na oddział dn. 8.XII.25. Przed 2½ laty pobito go dotkliwie. Leżał 2 tyg. poczem wrócił do pracy.

Po roku, (w ciągu 2 mies.) pracował na torfowisku. Od tego czasu chory; rozpoczęło się od osłabienia pr. k. g. i palc. l. k. g. Po miesiącu — poprawa. Skargi: uczucie zimna, „ściskania“ w pr. połowie ciała; pozatem bez omamów. Poty tylko pr. 1/2 ciała. Bólów żadnych. Od kilku dni „palenie“ w stopach i goleniach. Oddawna spostrzeżono odstawanie łopatek. Jako fornal, z łatwością zwykle podnosił ciężary, gdy od 2 lat czyni to z trudem. W chodzie postawa wypięta ku przodowi, co mu jednak w pracy nie przeszkadzało. Z łóżka podnosił się dobrze, nie padał. Zaburzeń pęcherza, odbytnicy nie było. Przed pobiciem miał jakoby dur. Lues —. Narządy wewnętrzne bez zmian. Układ nerwowy: nieznaczny niedowład l. n. twarz. pozatem nn. czaszkowe +. W rozmowie i gdy pokazuje zęby nieznaczne drżenie górnej wargi, przenoszące się na policzek. Kręgosłup +. Ograniczenie ruchów czynnych w stawach bark. i napiąstk., przyczem l. k. g. porusza lepiej. Siła pr. k. g. minimalna, l. k. g. — słaba. Odruchy z Bi, Tr, obustr. = 0. Scapulae alatae. Stopa pr. szpotawo-końska, kończynę unosi z trudem; stopy nie prostuje, a zgina dobrze. Palców ruchy niezupełne. Siła mm. = 0. Ruchy l. k. d. normalne; siła dobra. Odruchy kolan., Achil., podeszw. ob. = 0. Brzuszne prawe—0, lewy dolny—0. górny—żywy. Nosidłowe ob. umiark. Rogówkowe żywe, prawy z łącznicy słabszy; gardzielowy i nosowy żywe. Czucie głębokie wykazuje zaburzenia w pr. dłoni, stopie i palcach pr. k. d., pozatem +. Czucie bólowe i cieplne na pr. k. g. i tułowiu po str. prawej zniesione. Czucie dotykowe zachowane. Wybitny zanik obustronny mięśni pasa barkowego, ramion, przedramion, mm. klatki piersiowej, ud, wyraźniej zaznaczony na pr. k. g.; przerost niektórych mięśni kk. d. Mięśnie tu wyczuwa się, jak twarde kłęby. Drżenia włókienk. niema. Z łóżka chory powstaje, obraca się z trudem. Chodzi o kiju lub szuka oparcia; wybitna „lordoza“ (dolne kr. grzbietowe i lędźw.). Chód kaczkowaty. Badanie elektr. odczynu zwyrodnienia nie wykazało. Wass. w pł. mózg rdzen. i z krwi = 0. W płynie 5 limf., białk. 0,2 pro mille NAp. —. Mocz +. Na oddziale stan chorego nie zmienił się.

W przypadku tym zanik mięśni przemawia za p o s t ę p u j ą c y m z a n i k i e m m i ę ś n i (Dystroph. muscul. progres.); jest on najbardziej zaznaczony w pasie barkowym, pozatem obustronnie w kkg., mniej w kkd. Zanikowi ulegają tu też mięśnie kadłuba, szczeg. musc. lumb-dorsal. (stąd lordoza i trudne wstawanie), oraz mięśnie twarzy (w bardzo słabym zresztą stopniu). Wreszcie za rozpoznaniem post. zan. mięśni przemawia tu i przerost niektórych mięśni, brak drżenia włókienk. i zmian w pobudliwości elektrycznej. Nietypowe dla Dystr. m. pr. są tu z a b u r z e n i a c z u c i a. Na prawej 1/2

ciała występują w postaci rozczepienia, jak w Syringomyelji, (najbardziej zaznaczone na k. g.: tu czucie bólowe i cieplne zniesione, dotykowe zachowane). Podczas 3-mies. pobytu na oddziale zaburzenia czucia nie zmieniały się po zabiegach suggestywnych. A zatem w danym przypadku najprawdopodobniej mamy b. rzadkie powikłanie dystrofji mięśniowej z gliozą rdzenia. W piśmiennictwie tego rodzaju powikłania nie podawano, natomiast spostrzegano w dystr. m. progr. objawy inne rdzeniowe.

W rozprawie Bregman podkreśla trudność interpretacji tego przypadku, zwł. zaburzeń jednostronnych czucia; zwraca tu uwagę typ proksymalny porażeń w kk. g. i dystalny w kk. d. Zachodzi tu głównie pytanie, czy dystrophia mięśniowa łączy się z innem cierpieniem i czy jest tu jamistość rdzenia. Flatau sądzi, że zachodzi tu powikłanie ze sprawą rdzeniową. Przypadek Marinesco, w którym zaburzenia czucia obejmowały całe ciało, nie jest przekonywający. Parestezje są tu wynikiem zaburzeń współczulnych. Obraz cały przemawia raczej za jamistością rdzenia, ze względu na połowicze zaburzenia czucia oraz parestezje. Jedną chorą taką F. spostrzegał na oddziale swym; proponuje naświetlania prom.X. Sterling uważa przypadek za typ dystroficzny jamistości rdzenia. Jendrassik łączy sprawy rdzeniowe z dystrofjami w jeden wielki łańcuch.

Higier przemawia za rozpoznaniem syringomyelji, zwł. że post. zan. mięśni nie był tu od dzieciństwa, gdyż chory ciężko pracował.

IV. Mackiewicz: **Przypadek hiperkinezy pourazowej.**

A. J., l. 25. W X.25 r. spadł z konia. Przytomności nie stracił, potem poczuł silny ból w lew. k.k, gdzie też wystąpił obrzęk. 3 dni leżał w łóżku; 4-go dnia, gdy bóle się zmniejszyły, zauważył mimowolne ruchy w k.k. g., nie był w stanie posługiwać się palcami w ruchach drobnych. W ciągu następnego tygodnia ruchy mimowolne stopniowo narastały i występowały już i na twarzy, szyi i kk. dolnych. — St. ob. przedstawia zespół rozmaitych postaci hiperkinetycznych, a więc: w mięśniach szyi i k. lewej dolnej — zbliżony do skurczu torsyjnego; w mięśniach twarzy—przewaga ruchów pląsawiczych, natomiast w l. k. g. — objawy atetozy.

W rozprawie Flatau przypomina, iż koncepcja Oppenheima o histologicznych zmianach w układzie nerwowym

ośr. po urazach wydaje się słuszną. W danym przypadku należy też przyjąć, że nastąpiły tu krwotoki pourazowe do jąder podstawnych. Sterling zaznacza, iż spostrzegał skurcz torsyjny po urazie. Bychowski sen. widział przypadki pourazowe z obrazem podobnym do stwardnienia wieloogniskowego lub parkinsonizmu. Karbowski mówi o zmianach naczynioruchowych współczulnych, wzgl. w splotach naczyniastych, w podobnych przypadkach.

V. Sznajderman: **Przypadek guza w okolicy pnia mózgowego.**

Ch. P., l. 13, przybyła na oddział dra Bregmana 5.I.26. Przed 3 tygod. potknęła się na ulicy, uderzyła się w lewe kolano; (urazu głowy nie było). Po tygodniu — nagłe osłabienie l. k. d., które postępowało; w następnym tygodniu znaczne osłabienie l. k. g. Od 5 dni silne bóle czoła, wymioty, dwojenie, osłabienie wzroku, opadanie powiek. zwł. lewej. Stan bez gorączki.

St. ob.: senna; t^0 prawidłowa; nieznaczne zwolnienie tętna; źrenica lewa nieco szersza, obustronne opadnięcie powiek, niezupełne; ograniczenie ruchu gałek do góry i dołu; porażenie l. n. odwodz., zez zbieżny lew., porażenie doln. gał. l. n. twarz., bezwład. $^1/_2$-owiczy lewostr.; odruch podeszwowy z tendencją do obj. Bab. po str. lew. Zaburzenie czucia głębokiego i bezład w pr. k. d. Tarcze zastoinowe: visus oc. sin. — $^1/_3$, oc. d. — $^1/_4$. Wzmożenie pobudliwości narządów przedsionkowych. P. L. bez pleocytozy, NAp.+ Bł. — 0,3 pro mille. Ciśnienie>. Po nakłuciu lędźwiow. samopoczucie lepsze. (Nakł. powtarzano). W przebiegu pogorszenie: obj. Babińskiego, zaburzenia czucia głębokiego i osłabienie siły w pr. k, g.; objawy oczne natomiast poprawiły się. Leczenie swoiste bez wyniku. Zastosowano naświetlania R; zdjęcia zmian nie wykazały.

Sz. przypuszcza tu guz od podstawy szypuły prawej ku sklepieniu, przenikający ku szypule lewej.

W rozprawie Bregman podkreśla niezwykły zespół objawów obustronnych i obustronne zespoły Benedykta i Webera; zwraca też uwagę na wpływ nakłucia lędźwiowego. Bychowski radzi w tych przypadkach wykonywać dekompresję. Flatau zgadza się z umiejscowieniem; co do nakłucia lędźwiowego, to przeciwwskazane są tylko w nowotworach tylnej jamy czaszkowej. Higier wypowiada się też za dekompresją.

Posiedzenie z dn. 4 marca 1926 r.

I. Mackiewicz i Orliński. **Przypadek pląsawicy z zanikami wrzekomemi.**

B. B., lat 33. przybył dnia 25. I. 26. Przed pół rokiem zauważył, iż w chodzeniu prawa stopa skręca się na wewnątrz. Wkrótce osłabienie całej k. d. pr. Po kilku tyg. osłabła l. k. d., a i k. k. górne. Jednocześnie zaburzenia w łykaniu, zmiany w mowie. Od miesiąca ruchy mimowolne we wszystkich kończynach oraz twarzy. Tyfus plamisty przed 10 laty.

Obecnie: asymetrja twarzy na niekorzyść pr. dolnej gałązki n. twarz.; liczne, dość szybkie, ruchy mimowolne we wszystkich mięśn. twarzy oraz języka. Dyskretne zaburzenia mowy (o charakterze mowy wybuchowej i nieco przerywanej). Pęczkowe drgania w mm.. sutk.-mostk.-obojczykowych, w górnej części m. kapturowego, m. nadgrzebieniowym, przeważnie po str. prawej; w m. piersiowym, dwugłowym i w I-ej przestrzeni międzykostnej, drgania mniejsze. Znaczne osłabienie mięśniowe oraz wychudzenie proksymalnych grup mięśniowych obu k. k. g. Odruchy na k. k. górnych zachowane, jednakowe. W mięśniach brzusznych ruchów mimowolnych niema. Odr. brzuszne zachowane. K. k. dolnych ruchy dowolne zachowane, prócz rozginania pr. stopy. Siła mięśni w pozostałych grupach osłabiona. Nieliczne ruchy mimowolne w palcach stóp. Podczas chodzenia ruchy mimowolne w k. k. g. i d. wzmagają się. PR lewy zachowany, praw. b. słaby, AR odwrotnie. Odruchów patologicznych niema. Badanie elektryczne wykryło nieznaczne zmiany ilościowe. Czucie +. Podczas 5 mies. obserwacji na oddziale przebieg przedstawił się tak: AR — oba = O; PR — b. słabe. Chód ataktyczny. Zaburzenia łykania przeszły, mowa znacznie się pogorszyła. Siła mięśni dystalnych grup k. k. d. stopniowo słabła: w ciągu ostatnich kilku tygodni chory nie był w stanie przejść sam przez pokój: chód wybitnie ataktyczno-paretyczny ze steppage.

M. i O. rozpoznają tu rzadką postać pląsawicy o typie rdzeniowym, z zanikami poszczególnych grup mięśniowych (obfite drgania włókienkowe i pęczkowe).

W rozprawie Bychowski sen podnosi, że w pląsawicy porażenia bywają monoplegiczne lub hemiplegiczne. U chorego ciekawy jest zespół mioklonji z hiperkinezą. Czy nie zachodzi tu przypadek miopatji? Flatau nie zgadza się z Bychowskim; w dystrofji są zmiany ilościowe elektryczne; nie jest to chorea mollis, gdyż są tu zajęte

pewne poszczególne grupy mięśniowe. F. przewidział, że miną tu ruchy pląsawicze i wraz z tem zaniki mięśni, co też nastąpiło. Co do umiejcowienia, to są tu zmiany w neuronie obwodowym. Może tu nastąpić restitutio ad integrum, jak to może mieć miejsce w tężcu, zapaleniu rogów przednich. Higier podkreśla, że pod względem powrotu do stanu prawidłowego inaczej zachowują się sprawy zapalne, a inaczej zwyrodnieniowe. Bychowski jun. pyta, czy nie matu usposobienia konstytucyjnego. Bregman uważa, iż nie można mówić tu o rzekomym zaniku mięśni, gdyż są drgania pęczkowe. Przemawiają one też przeciw miopatji. Mackiewicz podkreśla potrzebę dalszej obserwacji.

Bregman. **Ponowny pokaz chorej ze sprawą rdzeniową i guzem brzucha (demonstrowany 1 listopada 1925 r.).**

6 XI rozpoczęto naświetlania prom. R. I-y raz: naświetlanie brzucha z przodu 25 min., odl. 24; 2 MA; pół mm. Zn+ 4 mm. Al. 13. XI. II-gi raz: naświetlanie górnych kręgów grzbietowych. Stan chorej nie zmienił się. Po naświetlaniu brzucha — silne bóle, wymioty. Pozatem zwykłe bóle skurczowe („szarpania“) w k. k. d., opasywanie tułowia, bóle w krzyżu. W połowie XII.25 także dotkliwe bóle w brzuchu. 19. XII druga serja naświetlań. Naświetlanie brzucha: 15 min.; 4 mm Al; 2 MA; odległ. 24 cm; 21. XII naśw. górnych kręgów grzbietowych: 30 min.; pół mm Zn + 4 mm Al; 2 MA; 28 XII naśw. brzucha: 30 min. 2 MA, 4 mm Al, odległ. 24. 5. I. 26 rozpoczęto naświetlania lampą kwarcową, codziennie. Otrzymała 27 naświetlań. 15 II. poprawa, samopoczucie lepsze, bóle w nogach mniejsze, nogi „lżejsze“. Potem i ruchy dowolne w palcach, stopach i kolanach (lewa k. d. szybciej się poprawiała). Chora zaczęła też czuć potrzebę wydalania moczu, mogła nawet mocz przez pewien czas zatrzymać. Poprawa ruchowa szybko postępowała; sama siadała, podnosiła k. k. d en masse (lewą lepiej). „szarpanie“ w nogach zmniejszyło się. 23.II zaczęła chodzić; czucie poprawiało się znacznie.

Obecnie: chodzi bez oparcia; wszystkie ruchy k. k. d. wykonywa, aczkolwiek jeszcze z pewnem ograniczeniem. Napięcie, Babiński obustronnie iclonus pedis. Odruchy obronne otrzymuje się do linji sutkowej. Czucie: dotykowe na k. k. d. i tułowiu wróciło wysepkami; znacznie lepsze jest czucie uciskowe, zwł. na k. k. d. i dolnej części tułowia; czucie bólowe również na obwodzie znacznie się poprawiło; (najmniej poprawiło się czucie bólowe). Pozatem górna granica zaburzeń czucia obniżyła się: sięga do linji sutkowej

(przedtem do drugiego żebra). Guz brzucha bez zmiany; przy macaniu jest tu nadal ból dotkliwy.

W rozprawie Orliński omawia sprawę techniki wstrzykiwania lipjodolu: Sicard wstrzykuje lipjodol wraz z powietrzem. Rotstadt z początku skłaniał się w przypadku omawianym do rozpoznania stwardnienia rozsianego, a potem sprawy uciskowej (wzgl. ropnia opadowego). Należy tu odróżniać objawy pierwotne rdzeniowe od wtórnych. Wtórne mogły były spowodować wysoki poziom górnej granicy zaburzeń czucia. Leczenie promieniami X wpłynęło b. może na objawy wtórne, mianowicie na obrzęk, ponad miejscem ucisku, przez co poziom górnej granicy zaburzeń czucia przesunął się znacznie niżej (od 2-go żebra do linji sutków), jak to się spostrzega niekiedy bezpośrednio po usunięciu guzów rdzeniowych. Higier przypuszcza stwardnienie rozsiane. Flatau podkreśla, że nie należy omijać nowego objawu, który tu wystąpił, mianowicie guza w brzuchu. Należy objaw ten wyzyskać; nie jest tu wyłączony guz wewnątrzrdzeniowy. To, że guz w jamie brzusznej nie cofnął się pod wpływem promieni X, niczego nie dowodzi. Dla przykładu F. przytacza spostrzeżenie własne, u chorego z guzem macierzystym w miednicy i przerzutem w rdzeniu, ze znacznemi obrzękami U tego chorego nastąpiła restytucja rdzeniowa, guz zaś w miednicy nie zmniejszył się nawet po 2 latach. Herman, zaznacza, że oddz. Flataua również stosuje kombinowane leczenie promieniami X i lampą kwarcową. Bychowski sen. sądzi, iż guz w brzuchu dał tu przerzut do rdzenia; odwrotnie nie bywa. Bregman myśli, że dodatnie działanie promieni X okazało się tu dodatniem na sam guz, a nie na obrzęk tylko.

Posiedzenie z dnia 6 maja 1926.

I. Bręgman. **Przypadek przypuszczalnego nowotworu mózgu.**

Przypadek dowodzi wielkiego znaczenia prom. Roentgena w rozpoznawaniu nowotworów mózgu; w epoce przedroentgenowskiej rozpoznanie to byłoby wprost niemożliwe.

Kobieta lat 50, chora od $1\frac{1}{2}$ roku; po śmierci męża nadużycie wina. Bezdzietna. Miała rzeżączkę. Ciśnienie w tętn. promieniowej — 200. Szmer skurczowy nad tętn. główną. Zaczęło się od zmiany usposobienia, następnie: apatja, utrata pamięci, śmiech i płacz bez powodu, nierozumienie mowy. Niedorzeczne i nieprzyzwoite zachowanie się. Bóle głowy, wzgl. niewielkie z początku.

St. ob. Otępiene umysłowe; znaczna dezorjentacja. Mowa dyzartryczna. Częściowa niemota amnestyczna. Senność. Lekki niedowład prawostronny (z udziałem VII i XII), bez odruchów patologicznych.

Najbardziej prawdopodobne było tu rozpoznanie stwardnienia tętnic mózgowych. Badanie oczu nie wykazało zastoiny, lecz obraz podobny do schorzenia siatkówki na tle białko- lub cukromoczu. Mocz jednak stale był normalny również ilość mocznika i cukru we krwi. Prom. Rtg. wykazały duże powiększenie i zniszczenie siodła; na roentgenogramie lewa strona była większa. Wobec braku objawów powiększenia ciśnienia wewnątrzczaszkowego, zniszczenie to może być spowodowane li tylko przez sprawę miejscową, nowotworową. Z objawów, właściwych schorzeniom przysadki, stwierdzono tylko senność i żarłoczność. Pole widzenia nie mogło być zbadane. Lekki niedowład połowiczy, otępienie, spostrzega się w nowotworach przysadki, również brak objawów powiększenia ucisku wewnątrzczaszkowego. Leczenie prom. Rtg. dało lekką poprawę zaburzeń psychicznych.

W rozprawie Zamenhof podaje morfologję i genezę białych plamek na dnie oczu.

Mackiewicz przypomina analogiczny przypadek z oddziału Flataua. I tam choroba rozpoczęła się od objawów psychicznych, apatji; w wywiadach był alkoholizm, a przedmiotowo: dyzartrja, niemota amnestyczna. Po 4 miesiącach niedowład prawostronny. Dno oczu +; bólów głowy nie było. Choroba sprawiała wrażenie p.p. Badanie serologiczne ujemne. Rtg. bez zmian. Rozpoznano jednak guz mózgu: dokonano nakłucia Pollack-Neissera w miejscu, gdzie przypuszczano guz. Stwierdzono glejak.

Trudno wyobrazić sobie taki obraz, aby z jednej strony był ubytek siodła, a z drugiej zarys jego był prawidłowy. M. rozpoznaje tu guz w lewym płacie ciemieniowym.

Bychowski sen. nie przypuszcza nowotworu przysadki wobec prawidłowych zarysów siodła. Zresztą rzadko guz przysadki daje tak ciężkie zaburzenia psychiczne. Higier, wobec braku objawów ogólnouciskowych, rozpoznaje Alzheimerowską postać stwardnienia. Bychowski jun.: podkreśla, że zmiany psychiczne wyprzedzały tu znacznie objawy ogniskowe, przemawiałoby to przeciwko rozpoznaniu guza. Flatau przypomina, iż kol. Mesz zwraca tu uwagę na różnice pomiędzy prawostronnem i lewostronnem zdjęciem; na oddziale F. spostrzegano już takie

rzeczy. Zastanawia tu, że choroba trwa $1^1/_2$, roku, a niema innych objawów. Zmiany psychiczne nie są rzadkie w guzach przysadki. W chorobie Alzheimera następują wyrwy w postaci afazji i apraksji.

Herman zaznacza, iż w odczycie o patologji przysadki pokazywał zdjęcia guza przysadki, w którym prawostronne i lewostronne wypadały odmiennie: z jednej str. siodło było b. duże, z drugiej — daleko mniejsze, kształtu nerkowatego i o zarysach widocznych. Dlatego też na jednem zdjęciu były widoczne oba kontury, na jednem—tylko jeden. H. uważa za słuszne dokonywanie zdjęć od podstawy czaszki i od sklepienia, a nie, jak zwykle, od czoła i skroni.

Bregman uważa, iż zdjęcie zgadza się tu z objawami klinicznemi. Zniszczenie z odległości byłoby połączone z objawami ogólnemi.

II. E. Flatau. **Przypadek, przebiegający pod postacią wzmożonego ciśnienia z obrzękiem tarcz wzrokowych (zastosowanie dekompresji potylicznej).**

23-letnia chora w XII-25 r. zaczęła odczuwać „ciężkość" w potylicy oraz ból między oczodołami. Prócz tego — przelotne mroczki, czasami calkowite kilkusekundowe zaćmienie wzroku. Na początku — dwojenie przy patrzeniu w prawo (trwało 3—4 dni). Po 3 tyg. mroczki ustąpiły, natomiast różnorodne sensacje świetlne trwają. Uczucie ciężkości w potylicy i ból między oczodołami znikły po kilku tyg. Przed 2 tyg. ból z lewej str. z tyłu, skąd rozszerzał się w różne okolice czaszki. Częste wymioty. Przed paru dniami chora zauważyła wyraźne osłabienie wzroku l. oka i nieco mniejsze prawego; lewem przestała rozróżniać wyraźnie kontury przedmiotów. Przed rokiem—apicitis dextra. Bezpośrednio przed obecną chorobą grypa.

St ob. Tętno 96. Gruczoły podszczękowe > . T^0 36,8—37,4. Obustronna wybitna tarcza zastoinowa (być może — 2 drobne krwotoczki u lewej); naczynia w najwyższym stopniu poskręcane, miejscami przerwane, bez wysięków. V. o. d.—1/6, w. o. s.—1/10. Pole widzenia wybitnie zwężone dla wszystkich barw (w pr. oku <). Źrenic odczyn na światło dobry, ruch zbieżny +. Ruchy gałek +, zlekka sakkadowane. Nieznaczny oczopląs w lewo. Lewa gałka chwilami nie dochodzi do kąta zewnętrznego. Dolna gałązka pr. n. VII być może osłabiona. Lewa szpara oczna nieco szersza. Pozatem bez zmian w nn. czaszkowych, tułowia i kończyn. Stan psychiczny +. Przytomność +. Rtg. (27.III. 26) wykazał na zdjęciach dwukrotnych nieznaczną różnicę pomiędzy prawą a lewą str. w obrębie kości skalistej i komórek sutkowych:

lewa str. wykazuje mniejszą zawartość powietrza (kol. Mesz). Dn. 3.IV w uśpieniu eterowem operacja Cushinga (kol. Lubelski). Odtrepanowano dość potyliczną. Twardówka była wybitnie wypięta, okolica praw. półkuli móżdżkowej więcej. Odgryziono kość powyżej zatoki poprzecznej, dokonano nakłucia prawej komory bocznej (rogu tylnego) i wypuszczono 20 cm^3 płynu mózg. rdzeniowego. Napięcie twardówki natychmiast się zmniejszyło, balon twardówkowy opadł.

7.IV. Stan ogólny +; bez bólu głowy i wymiotów, widzi lepiej. V. o. d.—3/8, v. o. s. 3/10. Zastoina mniejsza, brzegi tarcz stają się wyraźne. Naczynia jeszcze znaczenie skręcone. L. tarcza in toto blada (kol. Zamenhof). Bardzo nieznaczny obostronny oczopląs. Nie widać niedowładu m. rect. ext. sin., natomiast być może jest po str. prawej. Nieznaczne osłabienie praw. dolnego n. twarzowego. Odruch rogówkowy +.

15.IV. Obrzęk tarcz <. 23.IV. Wyniosłość tarcz około 3 D, wokół nich jeszcze obrzęk. V. o. d.—3/7, v. o. s.—3/15 Stan ogólny b. dobry.

5/V. Czuje się b. dobrze. Chodzi. Bólów głowy niema Widzi lepiej. T^0 nadal podgorączkowa (36,8—37,4). Rozpoczęto naświetlanie prom. R. okolicy potylicznej oraz kwarcowe całego ciała.

Tu rozpoznanie było niezmiernie trudne między guzem w obrębie jamy potylicznej, a zapaleniem surowiczem na tle gruźlicy. Upadek wzroku nakazywał interwencję chirurgiczną. Ze względu na umiejscowienie cierpienia wybrano nie zwykłą okolicę dekompresji (prawą ciemieniową), lecz potylicę (chirurdzy coraz chętniej obierają tę okolicę do celów dekompresyjnych). Kość potyliczną odgryziono, bez łamania u otworu potylicznego. Operację tę (Cushinga) połączono z nakłuciem tylnego rogu i wypuszczeniem płynu mózg-rdzen. Twardówki nie otwierano. Początkowo myślano, że po 2 tygodniach nastąpi 2-ga część operacji, w celu eksploracji zawartości jamy tylnej. Jednak wybitna i szybka poprawa wzroku oraz ogólna, z drugiej strony brak jakichkolwiek nowych wyrazistych objawów miejscowych nie wskazywał tymczasem konieczności wykonania 2 go zabiegu.

Należy więc raczej przypuszczać, że mamy do czynienia z men. serosa, prawdopodobnie na tle gruźliczem. Trudno tu zająć stanowisko wyraźne w stosunku do wzmiankowanych zmian roentgenograficznych. Przeciwko gruźlicy miejscowej (w obrębie lew. kości skalistej lub jamy esowatej) przemawia brak objawów ze str. zatok żylnych.

W rozprawie Higier uważa przypadek za ciekawy

pod względem praktycznym, gdyż niewiadomo jeszcze, czy trzeba będzie dalej operować; na dużą uwagę zasługują tu zmiany w kościach skalistych, Po usunięciu 20 cm^3 płynu z komory bocznej nastąpiło znaczne opadnięcie w tem miejscu, przypuścić więc można, iż było tam ograniczone skupienie płynu na tle zakaźnem.

Bychowski (sen.) podkreśla wagę przypadku ze względu na trepanację potyliczną. Opadnięcie woreczka obustronne przemawia za ogólnem wodogłowiem, a nie za miejscowem.

Bregman zaznacza, że niewiadomo, czy samo nakłucie bez trepanacji nie wystarczyłoby. W 1-ym przypadku z kol. Flatauem zaczęto od nakłucia komory; tu nie przecięto twardówki, trepanacja więc nie miała znaczenia większego.

Flatau jest bezwzględnie przeciwny nakłuciom lędźwiowym w takich przypadkach, bo następuje uwięźnięcie móżdżku (wzgl. śmierć), ciśnienie zaś się nie zmniejsza. Nakłucie komory bocznej jest zabiegiem względnie niewinnym.

VI. Herman. **Przypadek zapalenia mózgu nagminnego z długotrwałemi mioklonjami.**

Chory l. 19, ślusarz. Rodzice alkoholicy. Od 2-ch lat kurcze, początkowo l. k. g., po 2 tyg. i w l. k. d. Nie było tu objawów wstępnych, zwł. gorączki, dwojenia, zaburzeń snu.

St. ob.: Budowy silnej; narządy wewnętrzne +. Lewa źrenica >; prawej odczyn minimalny, lewej wiotki. W konwergencji lewa gałka szybko się wyczerpuje i odstaje. Ruchy gałek sakkadowane. Mroczków niema. Pole widzenia +. Niedowład obwodowy pr. n. twarzowego (jakoby od dzieciństwa). Objaw Zandowej, Simchowicza, Radovici'ego +. Odruchy +. Kk g. i d. +. Badanie serologiczne —. W lewej $^1/_2$ ciała, prócz twarzy, widoczne wyraźne kurcze mięśni szybkie, błyskawiczne, bądź w poszczególnych mięśniach, bądź w pewnej grupie mięśniowej, bądź w całej lewej $^1/_2$ ciała. Wówczas kurcze te dają efekt ruchowy, jak np. nagłe przeciągnięcie lewego barku, zgięcie k. g. l. w łokciu, rzut kurczowy pępka w lewo i t. p. Wobec zaburzeń ze strony źrenic, osłabienia konwergencji i charakterystycznych kurczów mięśni — należy rozpoznać residua post. enceph. leth. Zastanawia tu długie trwanie kurczów mięśni.

W rozprawie Flatau zaznacza, iż bliższa analiza ruchów mimowolnych doprowadziła tu do rozpoznania enceph. leth.. Ruchy rzutowe, widywane w stwardnieniu rozsianem i wrzekomem, mają inny charakter.

Posiedzenie z dn. 17 czerwca 1926.

I. Mackiewicz i Orliński. **Pokaz dziecka z zespołem asteniczno-ataktycznym oraz z objawami zwyrodnienia tłuszczowo-płciowego, prawdopodobnie na tle wodogłowia nawrotowego.**

I. K., 6 lat, zawsze słabowity; 2 lata temu po anginie przestał chodzić, był b. senny. Nie gorączkował; nie mógł siedzieć o własnych siłach. Tak trwało 2 miesiące. 8 tyg. temu, znów po anginie, stan gorączkowy w ciągu 2 tyg. Znów przestał chodzić, lecz senności już nie było. Dobrze nigdy nie chodził, umysłowo rozwijał się nieźle. Po ostatniej chorobie zez oraz ruchy mimowolne w kk. górnych i twarzy. Bólów głowy, wymiotów nie było.

St. ob. 16/IV.1926. Otłuszczenie brzucha i u mons veneris. Penis b. mały, jak u rocznego. Głęboka apatja, nie zawsze odpowiada. Twierdzi, iż ma 3 lata. Nie wie, skąd pochodzi i gdzie jest, ile ma palców, rąk it.d. Z modlitw (poprzednio znał je dobrze) cytuje zaledwie pierwsze słowa. Narządy wewnętrzne +. Zez rozbieżny lewej gałki; powolny oczopląs rotacyjny w ruchach bocznych. Źrenice, dno oczu +. Ruchy mimowolne w języku, w twarzy, przeważnie po str. prawej. Głowę trzyma prawidłowo. Osłabienie mięśni kk. górnych, przeważnie po str. pr: Jacobson + obustronn. Diadokokineza upośledzona z obu stron. Ruchy mimowolne w palcach u rąk, odruchy brzuszne <. Nie w stanie siąść; posadzony natychmiast pada w tył; postawiony nie utrzymuje się na nóżkach. W chodzie wybitna asynergja. Znaczne osłabienie kk. d. i znaczna hipotonja. PR, AR żywe, jednakowe. Babiński + obustr. Mendel-Becht —. Rossolimo po str. prawej +. Czucie +. Płyn mózgowordzen. +. Rtg. czaszki: prawidłowy zarys siodła.

19 V.1926. Encephalographia. Wypuszczono 25 cm. płynu, wpuszczono 40 cm. powietrza do komór; zniósł to dobrze. Komory boczne zarysowane symetrycznie, rozszerzenie średnie. Komora III — podłużne krótkie pasmo. Powietrze przeszło na zewnątrz półkul symetrycznie. 29.V. Psychicznie znaczna poprawa. Asynergja nadal, choć zaczyna już siadać w łóżku. 14.VI. wstaje; chód lepszy, jeszcze b. chwiejny. 2.VII. Znaczna poprawa psychiczna i fizyczna. M. i O. rozpoznają tu wrodzone wodogłowie z nawrotami, z zespołem asteniczno-ataktycznym i objawami dystrophia adiposo-genitalis.

W rozprawie Higier rozpoznaje tu hydrocephalus internus recidivans; trudno jednak łączyć to z chorobą Little'a, (nie było porodu przedwczesnego). Przypuścić raczej należy

chorobę zakaźną przed albo po urodzeniu. Możliwe tu też dziecięce zapalenie śpiączkowe z nasileniami.

Flatau sądzi, że podczas życia płodowego dziecko mogło przejść meningoencephalitis, stąd wodogłowie. Matka nie miała encephalitis lethargica, dziecko nie ma też objawów parkinsonizmu. Jest tu wodogłowie wewnętrzne, bez objawów guza. Powolne wyciekanie płynu przy wzmożonem ciśnieniu wskazuje również na wodogłowie wewnętrzne.

Herman. **Przypadek ostrego ogniska stwardnienia w pniu mózgowym.**

Strz. S., l. 18, kowal, przybył dn. 20.IV.26. Rozpoczęło się przed 4 tyg. zawrotami i bólami głowy, bezsennością, ogólnem osłabieniem, dwojeniem. Zacinał się w mowie. Dwojenie po kilku dn. ustąpiło, osłabienie i zaburzenia mowy trwają. Od 2 tyg. osłabienie l. k. g., zaburzenia łykania. Nie wie, czy gorączkował.

St. ob.: Budowa, narządy wewnętrzne. Tętno 84, T° 37,2. Prawej źrenicy na światło odczyn niedostateczny. Dno oczu normal. Lewa gałka niekiedy w zezie zbieżnym, ruchy ku górze zniesione, boczne upośledzone, ku dołowi dobre. Oczopląs poziomy. Osłabienie l. d. gał. n. twarzowego. Lewa szpara powiekowa węższa (niekiedy odwrotnie). Język zbacza w lewo. Podniebienie miękkie unosi się nieznacznie. Objawów oponowych niema. Osłabienie l. k. g.; tendencja do hiperpronacji. Adiadochokinesis lewej. Przy próbie palec — nos wahania po lewej. Upośledzenie ruchów w palcach u lewej stopy. Chwianie kk. dolnych. Czucie +. Odruchy ścięgnowe wzmożone, AR z trząsem, po str. lewej jakby obj. Babińskiego, brzuszne — zachowane. Drżenie głowy. Gdy usiłuje chodzić, słania się pada. (wybitna asynergja w tułowiu i kk.). Mowa zamazana, skandowana, nosowa. Orjentacja +. Niepokoj ruchowy. Pł. mózg.—rdzen. +; Wass. - Guillain — ujemne. Wa. we krwi, Weil - Felix, Widal - ujemne. We krwi 11.000 c. b.

W przebiegu stopniowo taka poprawa, że po miesiącu wróciły ruchy gałek, odczyn źrenic dobry, chod możliwy, choć bezładny. Naświetlano go prom. R. (rdzeń) i ogólnie lampą kwarcową. Ataksja, asynergja, padanie w bok, zawroty głowy, oczopląs mogą być tu zależne od zajęcia corpora restiformia i sąsiadującego jądra Deitersa. Zwężenie szpary powiekowej oraz źrenicy prawej wskazuje na rozszerzenie się ogniska po str. prawej na ośrodek opuszkowo współczulny. Zaburzenia gałek ocznych wskazują na ogniska w ciałkach czworaczych; zaznaczone skojarzone porażenie patrzenia wskazuje na zajęcie fascic. longit. post.

Jest tu więc sprawa stwardnieniowa w moście i opuszce. Szybka poprawa, brak zaburzeń czucia, wreszcie umiejscowienie ostrego ogniska w moście i opuszce — przemawiają za stwardnieniem wieloogniskowem.

(NB. Dalszy przebieg rozpoznanie powyższe potwierdził).

W rozprawie Bregman zgadza się co do lokalizacji, lecz przypuszcza raczej encephalitis non purulenta w pniu mózgowym. Herman dodaje, że liczne przypadki encephalitis non purulenta okazały się później, jako sclerosis multiplex (Oppenheim).

Flatau. **Przypadek wodogłowia u dziecka z wczesnemi napadami padaczkowemi oraz późnemi objawami wzmożonego ciśnienia wewnątrzczaszkowego.**

6-letnia dziewczynka z objawami wodogłowia od urodzenia. Rodzice zdrowi; przymiotu nie było. Wybitne objawy wodogłowia u najstarszej siostry; ma padaczkę od 13 r. życia. Druga siostra miała drgawki w 2-im roku życia. U 3-ej powiększona głowa i późny zrost ciemiączka. Jeden z braci umarł wcześnie po zakażeniu, miał również powiększoną głowę. 2 rodzeństwa zdrowe.

Chora urodziła się z dużą głową. W 2-im r. życia — drgawki z utratą przytomności i pianą u ust; powtarzało się to w 2-im i 3-im roku życia. Pojawiły się znowu niedawno. Od 3 mies. silne bóle głowy. W kwietniu r. b. wybitna zastoina obustronna, przyczem po str. lewej widać już było objawy zanikowe tarczy (v. o. d. 3/15, v. o. s. 3/10). Ze względu na zaburzenia i upadek wzroku dokonano przekłucia lewego tylnego rogu (komory bocznej mózgu) i wypuszczono dn. 2.V 1926 r. około 20 cm. pł. mózg.-rdzeń. Chora zniosła operację dobrze; nie zauważono wpływu dodatniego ani na uwypuklenie tarcz, ani na wzrok.

St. ob. (25.V.1926). Olbrzymia głowa (obwód 61 cm., wymiar strzałkowy $38^1/_2$ cm., od ucha do ucha $35^1/_2$ cm.). T^0 36,9. Tętno +. Ciemiączko duże zarośnięte, małe niezupełnie. Tarcze zastoinowe, lewa zanikowa. V. o. d. $^5/_{15}$, v. o. s $^2/_{30}$. Odczyn na światło wiotki. Nieznaczny zez zbieżny (zwł. w l. oku). Prawa gałka niezupełnie dochodzi do kąta zewnętrznego, lewa na zewnątrz prawie się nie porusza, ruch do góry nieco upośledzony (l. > pr.). Chód nieco chwiejny. Drżenie rąk. Psychika, mowa +. Odruchy PR i AR zniesione. Okostnowe na k. górnej, z m. triceps +. W szpitalu były i okresy dobre: chodziła, bawiła się, lecz były i złe: silny ból głowy, apatja. Wass. w krwi ujemny.

10.VI operacja dekompresyjna: usunięto kość potyliczną;

gdy zamierzano przystąpić do nakłucia rogu tylnego prawego, chora (pomimo zastosowania oddechu sztucznego) zmarła.

Sekcja: czaszka papierowa; mózg olbrzymi, zawoje b. spłaszczone; móżdżek raczej zmniejszony, prawa półkula mniejsza. Rdzeń przedłużony, most +. Po dokonaniu przekroju czołowego wypłynęło do $^1/_2$ litra płynu i mózg zapadł się. Stwierdzono olbrzymią jamę centralną, koloru kredowego. Gdzieniegdzie na powierzchni tej jamy kępki szarawych, owalnych plam, zlekka wzniesionych. Kora mózgowa zachowana dobrze. Istota biała wybitnie zcieńczała, przeważnie w postaci cieniutkich pasem podkorowych. Wielkie węzły znacznie przesunięte ku tyłowi. Nucl. caudatus na tylnej bocznej ścianie jamy. Putamen, pallidum, thalamus, caps. int.—zachowane. 3-cia komora wybitnie rozszerzona. Aquaed. Sylvii zarośnięty. 4-ta komora nie rozszerzona. Zgrubienie opon na robaku górnym. Zrosty w okolicy wzgórków czworaczych.

Było tu wodogłowie zablokowane wskutek zarośnięcia. wodociągu Sylwiusza, a więc t. zw. wodogłowie zamknięte Dandy'ego, prawdopodobnie wtórne, wskutek jakiejś sprawy zapalnej oponowej, jeszcze podczas życia wewnątrzmacicznego (zgrubienia opon, zrosty). Godny uwagi jest tu przebieg cierpienia: w 2-gim roku życia napady padaczkowe, a dopiero po 4 latach ból głowy i zastoina tarcz, aż do zaniku nerwów wzrokowych. Wypuszczenie płynu z rogu tylnego komory bocznej nie dał, jak już powiedziano, wyniku. Śmierć w czasie zabiegu dekompresyjnego nastąpiła prawdopodobnie wskutek nagłego zaburzenia ciśnienia w obrębie IV komory. Trudno tu powiedzieć z pewnością, czy zabieg Dandy'ego ze sztucznem otworzeniem wodociągu Sylwjusza dałby w danym przypadku rezultat dodatni.

W rozprawie Lubelski opisuje technikę Cushing'a Higier proponuje operować w pozycji wiszącej. Mackiewicz zaznacza, że z powodu szybkiego narastania objawów zastoiny należało przypuszczać zblokowane wodogłowie, to też zaniechano encephalografji, jako w danym przypadku niebezpiecznej. Bregman uważa, że anatomiczne badanie nie wszystko jeszcze tu wyjaśnia. Od urodzenia było wodogłowie, a dopiero ostatnio objawy wzmożonego ciśnienia. Czem to zostało spowodowane? Jeśli sprawa pozapalna, to wszak i u innych dzieci jest wodogłowie w tej rodzinie. Może jest tu zboczenie rozwojowe. Sterling podkreśla zdumiewające zachowanie inteligencji w przypadku takiego wodogłowia. Bychowski sen. sądzi, że krwotok mógł był tu dać zaostrzenie objawów. Flatau zaznacza, że trudno odpowiedzieć, dlaczego nastąpiło zaostrzenie objawów; nie wiemy wciąż jeszcze, dlaczego występuje zastoina. Są przecież olbrzy-

mie nowotwory, a zastoiny niema. Ponieważ w przypadku tym stwierdzono zmiany w oponach, nie można mówić o wadach rozwojowych.

Redaktor: **J. Rotstadt.**

Komitet Redakcyjny: **E. Flatau, Wcł. Sterling, J. Szwajcer.**

Adres Redakcji i Administracji

Szpital Starozak., Pawilon IX, Oddział Terapji Fizykalnej, tel. 507-12. Dr. J. Rotstadt.

Skład Główny: Księgarnia Geberthner i Wolff. Krakowskie Przedmieście 15. tel. 4-12.

ZAKŁADY GRAFICZNE NEUMAN & TOMASZEWSKI WE WŁOCŁAWKU.